RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1330/2021 **ATAS/1043/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2022

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER	recourant

contre

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

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Christine TARRIT-DESHUSSES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 21 juillet 2014, Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1975, ressortissant kosovar exerçant depuis 2009 la profession de ferrailleur au taux de 100 % pour une entreprise dans le canton de Genève, marié coutumièrement et père de trois enfants nés en 2002, 2006 et 2007, et ne parlant pas (ou seulement très peu) le français, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI; mesures professionnelles et/ou rente), peu de temps après le dépôt (le 14 juillet 2014) d'une communication de détection précoce le même mois, en raison d'une incapacité de travail de 100 % depuis un accident professionnel survenu le 9 octobre 2013.

Ledit 9 octobre 2013 en effet, sur un chantier, il avait reçu une poutre sur son hémimandibule gauche (qui l'avait fait chuter en arrière, perdre son casque et tomber sur le sol sur l'occiput, avec perte de connaissance de quelques minutes), ce qui avait causé une "fracture parasymphysaire droite et angle de l'hémimandibule gauche" pour laquelle il avait été opéré par réduction et ostéosynthèse le 14 octobre 2013 par le service compétent des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), selon un compte-rendu opératoire du 17 octobre suivant.

b. Pour la période qui avait suivi, était noté par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne (alors médecin généraliste traitant), dans la communication de détection précoce susmentionnée : "Douleurs au niveau de la mâchoire et de l'hémicrâne gauche après une double fracture de la mâchoire en octobre 2013 qui nécessitait une ostéosynthèse. Malgré suivi régulier, antalgie médicamenteuse, physiothérapie et évaluation récente à la Clinique de réadaptation romande à Sion [ci-après: CRR] il y a une persistance des symptômes et le patient se sent incapable de reprendre le travail". Dans le questionnaire pour l'AI rempli le 29 juillet 2014 par le Dr B_____ étaient posés les diagnostics suivants ayant un effet sur la capacité de travail : céphalées et douleurs de la mâchoire après une double fracture de la mâchoire opérée en octobre 2013; trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive; surdité isolée de perception moyenne à sévère droite de l'ordre de 60 dB. Une lettre de sortie du 18 octobre 2013 des HUG, à la suite de l'"intervention chirurgicale pour réduction et ostéosynthèse de fractures mandibulaires" effectuée le 14 octobre 2013, mentionnait notamment une bonne évolution.

Dans un rapport du 16 juillet 2014, le docteur C_____, neurologue FMH, a retenu de l'examen neurologique des contractures musculaires de la région faciale, du crâne et para-cervicales, une diminution de l'ouverture de la bouche et surdité droite post-traumatique, ainsi que des céphalées post-traumatiques à composante mixte (d'une part en rapport avec la fracture de la mâchoire, d'autre part "tensionnelles psychogènes dans le cadre d'un état anxio-dépressif et entretenues

par un abus chronique d'analgésiques"), mais pas de signe en faveur d'une atteinte cérébrale.

c. Parallèlement à l'OAI, les suites de l'accident ont commencé à être instruites et prises en charge par la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA), par des frais de traitement et indemnités journalières.

Figurent au dossier des rapports établis en juin 2014 par la CRR, au sein du service de réadaptation en neurologie duquel l'intéressé avait séjourné du 20 mai au 17 juin 2014. Dans un rapport du 20 juin 2014 (effectuant une sorte de synthèse) étaient posés le diagnostic principal de "réadaptation neurologique pour céphalées tensionnelles et douleurs de la mâchoire" et le diagnostic supplémentaire de "[traumatisme cranio-cérébral (TCC)] léger avec fracture para-symphysaire droite et de l'angle de la mandibule gauche le 09.10.2013, traitée par ostéosynthèse le 14.10.2013", les comorbidités consistant en un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et "répressive" (sic; recte: régressive), une contusion cochléo-vestibulaire droite et une surdité isolée de perception moyenne à sévère droite de l'ordre de 60 dB sur toute l'échelle des fréquences – comme retenu le 18 juin 2014 par le docteur D_____, spécialiste FMH d'oto-rhino-laryngologie (ci-après: ORL) et de chirurgie cervico-faciale en Valais –; au plan professionnel, la situation médicale n'était pas stabilisée; "une évaluation des capacités fonctionnelles [montrait] un niveau d'efforts moyen avec un comportement démonstratif douloureux important, traduisant un niveau d'efforts auquel le sujet [avait] bien voulu consentir. Globalement, le pronostic [était] bon et le patient devrait retrouver plus tard une capacité de travail complète. Néanmoins, la reprise d'une activité devrait se faire graduellement, notamment pour toute activité en hauteur". De plus, ont notamment été établi par la CRR une "évaluation professionnelle multidisciplinaire", un examen neuropsychologique, un "rapport vertiges et instabilités", un "rapport de physiothérapie RN", de même qu'un "concilium psychiatrique" dans le rapport duquel était conclu, au plan psychique, que "ce patient a développé une réaction anxio-dépressive (sans valeur incapacitante) après son accident, sur un terrain psychologique fragilisé par le vécu traumatique de la guerre et une situation contextuelle très précaire", un soutien médicamenteux (30 mg de Remeron) ayant été introduit, à poursuivre durant quelques mois si nécessaire.

Dans un questionnaire rempli le 24 juillet 2014 à l'intention de la SUVA, la doctoresse E_____, neurologue FMH, a mentionné une évolution lentement favorable, mais sans reprise du travail, un état anxio-dépressif pouvant en outre influencer de manière défavorable le processus de guérison.

Dans une "appréciation psychiatrique" du 13 août 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de la SUVA, a rappelé ce qu'avait retenu au plan psychiatrique la CRR dans son rapport du 20 juin 2014 et a conclu que, selon l'ensemble des documents médicaux disponibles,

la causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques était possible (moins de 50 % de probabilité).

Dans un compte rendu de l'entretien avec le Dr F_____ établi le 21 janvier 2015 par un gestionnaire de la SUVA, était noté ce qui suit : lors du concilium psychiatrique établi en juin à la CRR, la réaction anxio-dépressive n'avait aucune valeur incapacitante; les résultats de l'évaluation fonctionnelle démontraient une volonté incertaine et des résultats discordants; au status locomoteur, il n'y avait aucune perte d'équilibre; le Dr F_____ ne voulait pas revoir l'assuré pour un examen médical à l'agence et il était temps d'établir un status quo dans ce dossier.

d. En parallèle, le 13 novembre 2014, l'OAI a établi un "rapport d'évaluation" résumant la situation de l'assuré aux plans notamment médical, professionnel, familial et social, et, le 24 novembre 2014, il a convenu de prendre en charge des cours de français du 2 décembre 2014 au 28 février 2015.

e. Par la suite, le 9 décembre 2014, à l'intention de l'AI, la doctoresse G_____, médecin généraliste FMH et nouvelle médecin généraliste traitante depuis septembre 2014 – après le suivi par le Dr B_____ –, a diagnostiqué des douleurs faciales persistantes après réduction et ostéosynthèse d'une fracture para-symphysaire droite et de l'angle de l'hémimandibule gauche, de même que des céphalées et vertiges post-traumatiques, qui empêchaient, depuis le 9 octobre 2013, l'assuré d'exercer toute activité professionnelle (capacité de travail nulle).

Ces conclusions ont été reprises pour une grande part par cette médecin dans un questionnaire rempli le 13 mai 2015 à l'intention de la SUVA, dans lequel elle relevait la persistance des douleurs et céphalées, ainsi que l'existence de facteurs aggravants pour les douleurs qu'étaient essentiellement la mobilisation, la mastication, le stress, l'exposition au bruit et les changements de températures, auxquels s'ajoutaient un état anxio-dépressif sévère.

Entretemps, le 25 février 2015, le centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG (ci-après: le centre de la douleur des HUG) a établi un rapport à la suite de consultations ambulatoires de l'intéressé les 6 et 24 février 2015, posant, notamment, le diagnostic de fracture para-symphysaire droite et de l'angle mandibulaire gauche en octobre 2013 post-traumatique traitée par réduction et ostéosynthèse, et faisant des propositions de traitements.

Le 22 février 2016, la Dresse G_____ a repris les deux diagnostics posés le 9 décembre 2014 et a ajouté celui d'état anxio-dépressif sévère. Selon elle, l'état de santé du patient était stationnaire depuis avril 2014, avec la même incapacité de travail à 100 % que celle indiquée le 9 décembre 2014. Elle a en outre régulièrement émis des certificats d'incapacité totale de travail pour accident.

Le 17 novembre 2017, l'assuré a fait l'objet d'une opération, à savoir une ablation de la plaque d'ostéosynthèse de la ligne oblique gauche, par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale. Dans le "rapport opératoire" du même jour étaient retenus, comme diagnostics, un status après ostéosynthèse

d'une fracture bifocale de la mandibule avec plaque sur la ligne oblique gauche avec vis intra-canalaire V3 ainsi que des douleurs à la face, et il était noté que les tissus étaient très résistants et que l'ouverture buccale, même en anesthésie générale, était très limitée. Dans un "rapport médical intermédiaire" adressé à la SUVA, le Dr H_____ a diagnostiqué des douleurs de la face et, malgré l'"ablation [de la] plaque d'ostéosynthèse dont une vis était au contact du nerf V3", a indiqué une absence d'évolution, avec une persistance des douleurs, ainsi qu'un pronostic mauvais.

Selon un rapport reçu le 23 avril 2018 par la SUVA et établi par la Dresse G_____, l'assuré souffrait encore des suites de son accident (du 9 octobre 2013); étaient à noter des céphalées et douleurs faciales persistantes, qui s'associaient à une contraction musculaire et une réaction érythémateuse sur la joue gauche, pour laquelle un avis allergologique avait été demandé; la céphalée et la douleur faciale gauche ainsi que la contraction musculaire et l'érythème (apparu après la première intervention) étaient directement en corrélation avec l'accident; le patient nécessitait un traitement antalgique quotidien et des séances de physiothérapie (deux par semaine).

f. Au plan psychique, l'assuré a dans un premier temps été suivi notamment par le docteur I_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, qui, les 24 mars et 19 mai 2015, indiquait entre autres une évolution restant très peu favorable depuis septembre 2014 ainsi que la persistance d'une anxiété et d'une tristesse importante de l'humeur conséquente à ses douleurs persistantes au niveau du massif facial à la suite de l'accident.

Depuis septembre 2015, l'intéressé a été reçu en consultation de manière régulière, avec aussi traitement psychotrope, par un centre ambulatoire de psychiatrie et de psychothérapie intégrés des HUG (ci-après: CAPPI). Le docteur J_____, de ce centre, a, le 24 octobre 2016 à l'intention de l'AI, diagnostiqué un épisode dépressif moyen (F32.1 de la CIM-10) et un syndrome douloureux chronique depuis octobre 2013; le patient, qui était sans permis de séjour en Suisse et dont l'épouse et les trois enfants vivaient au Kosovo, présentait depuis la même date une incapacité totale de travail dans toute activité professionnelle, les limitations fonctionnelles consistant en des douleurs chroniques (d'intensité de 7/10 avec des excès une à deux fois par jour d'environ 1 heure de 10/10); étaient sévèrement limitées sa capacité de concentration, sa capacité d'adaptation et sa résistance, et moyennement limitée sa capacité de compréhension.

Le 22 octobre 2018, le docteur K_____, du CAPPI, a relevé que l'assuré avait fait l'objet d'une décision de renvoi, non exécutoire en raison d'un recours au Tribunal fédéral, que l'évolution était stationnaire, avec des plaintes douloureuses qui étaient toujours au premier plan mais aussi une symptomatologie anxio-dépressive fluctuante secondaire. Les diagnostics étaient un trouble douloureux somatoforme et des antécédents d'épisodes dépressifs. En raison du tableau clinique, la capacité de travail était, selon le CAPPI, nulle.

g. Le 29 novembre 2016, l'Hospice général a attesté ne jamais avoir aidé financièrement l'assuré.

B. **a.** Les suites de l'accident de l'intéressé du 9 octobre 2013 ont été prises en charge et instruites durant plusieurs années par la SUVA, et il ressort notamment ce qui suit du dossier dudit assureur-accidents.

b. Le 26 novembre 2015, le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG a répondu à des questions d'une collaboratrice de la SUVA, étant précisé qu'il a en outre opéré l'intéressé pour une otite moyenne à droite avec cholestéatome le 11 avril 2016.

D'après un médecin-conseil de la SUVA, le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, dans un rapport du 29 décembre 2015, à la lumière du rapport détaillé de la CRR et du rapport récent (du 26 novembre 2015) du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG, concernant le trouble d'instabilité vestibulaire, d'origine traumatique, il n'y avait pas de traitement particulier à proposer; dans ces conditions et compte tenu du traumatisme crânien qualifié de léger, avec un recul de plus de deux années, on pouvait désormais s'attendre à une reprise dans l'activité professionnelle à 50 % dès le 4 janvier 2016 dans un premier temps, puis en augmentant progressivement le taux d'occupation; seuls des travaux en hauteur et sur échelle devraient être évités au départ par précaution.

Notamment les 6 décembre 2016, 2 janvier et 5 septembre 2017, 16 et 23 janvier et 24 mai 2018, différents médecins-conseils de la SUVA, dont certains spécialisés en ORL, ont établi des appréciations médicales.

c. Par décision 8 juillet 2016, la SUVA, considérant que les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature maladive, a décidé de mettre un terme aux indemnités journalières et frais de traitement au 1er août 2016.

Il ne ressort pas du dossier que cette décision ait été suivie d'effets ni mise à exécution. Il semble en aller de même d'une décision de la SUVA du 9 novembre 2017 considérant l'intéressé comme apte à travailler à 100 % dès le 1er décembre 2017, sous réserve de l'ablation future du matériel d'ostéosynthèse de la mâchoire.

Par décision du 24 mai 2018, la SUVA a considéré qu'au vu du dossier médical, il n'y avait plus d'amélioration notable à attendre d'un traitement des séquelles physiques de l'accident assuré, à l'égard desquelles au demeurant la capacité de travail était totale dans l'activité professionnelle habituelle. Par ailleurs, il n'y avait aucune atteinte ORL reposant au degré de la vraisemblance prépondérante sur des suites physiques de l'accident. Des lésions cérébrales structurelles traumatiques devaient aussi être écartées. Un lien de causalité entre un éventuel trouble psychique et l'accident devait être nié. Il convenait donc de mettre fin à la prise en charge des frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières avec

effet au 31 mai 2018 au soir. Enfin, aucun droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'était reconnu pour les seules séquelles physiques de l'accident.

Par décision sur opposition rendue le 15 octobre 2018, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'ancien conseil de l'intéressé contre sa décision du 24 mai 2018 et a confirmé cette dernière. En effet, selon les avis des médecins-conseils de cet assureur-accidents que ce dernier faisait siens, les troubles vertigineux résultaient d'une cholestéatome sans lien avec l'accident assuré, et les différentes anomalies, en particulier les troubles de l'équilibre, ne pouvaient pas être considérés comme la conséquence de l'accident, étant précisé qu'au plan strictement organique, il n'y avait pas d'anomalie pouvant justifier des incapacités de travail. Le cas était définitivement stabilisé trois mois au plus tard après l'ablation du matériel – d'ostosynthèse – réalisée le 17 novembre 2017; au plan psychique, l'accident se trouvait dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite inférieure de celle-ci, et il y avait une origine multifactorielle pour la problématique des troubles psychiques, celle-ci étant apparue, comme relevé par le Dr F_____, sur un terrain fragilisé par un vécu traumatique de la guerre et une situation personnelle incertaine et précaire, ce à quoi s'ajoutait, comme cela ressortait du rapport de la médecin généraliste traitante (du 15 décembre 2016), le fait que l'éloignement de sa famille – depuis plusieurs années – semblait aussi peser sur le moral de l'assuré.

Un recours interjeté contre cette décision sur opposition a été déclaré irrecevable, pour des motifs d'ordre formel, par arrêt du 8 janvier 2018 (recte: 2019; ATAS/8/2019) de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans).

C. **a.** Parallèlement, à la demande du 26 avril 2017 du service médical régional de l'AI (ci-après: SMR) qui relevait des contradictions dans le dossier médical, notamment à propos des vertiges diagnostiqués par la médecin généraliste traitante mais infirmés par le spécialiste ORL, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire MED@P psychiatrique, neuropsychologique et neurologique a été confiée à UNISANTÉ – Centre universitaire de médecine générale et santé publique – Lausanne (ci-après: UNISANTÉ), unité d'expertises médicales (UEM), ainsi que, concernant la chirurgie maxillo-faciale seule, au centre de médecine dentaire du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après: CHUV).

Dans les conclusions ("analyse médico-légale") du rapport d'"expertise dentaire et maxillo-faciale" du CHUV établi le 26 juin 2020 par le docteur M_____, stomatologue, était retenu ce qui suit : l'état dentaire avec les destructions carieuses constatées en 2013 (état antérieur) s'aggravait sans soins spécifiques et générait par lui-même un cortège algique; le syndrome algique facial allégué n'avait pas de substrat organique mais rentrait dans le cadre d'une perturbation d'origine neuro-psychiatrique; il n'existait pas d'argument médical organique dans le domaine dentaire et maxillo-facial permettant de justifier une incapacité de travail actuellement.

Pour ce qui est de l'expertise réalisée par UNISANTÉ, l'assuré a été examiné le 5 mai 2020 par la responsable du cas, la doctoresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui, avec la doctoresse O_____, également spécialiste FMH en médecine interne et médecin superviseur, a établi un rapport d'expertise – au plan de la médecine interne et avec un résumé du dossier médical – le 15 septembre 2020, auquel s'est ajouté un examen de laboratoire le 5 mai 2020. L'expertisé a en outre fait l'objet d'un examen neurologique, le 16 juin 2020, par le docteur P_____, neurologue FMH, qui a rendu un rapport d'"expertise neurologique" le 18 juin 2020. Il a aussi fait l'objet le 25 juin 2020 d'un examen neuropsychologique par Madame Q_____, neuropsychologue FSP, laquelle a réalisé un rapport d'expertise sur ce plan. Il a enfin été examiné au plan psychiatrique le 30 juin 2020 par le docteur R_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a rédigé son rapport d'expertise psychiatrique le 9 juillet 2020. Le 15 septembre 2020 a été établi le rapport d'"appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)", dont les conclusions avaient été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 25 août 2020 sur la base de tous les rapports d'expertise, en présence des Drs O_____, N_____ et R_____ tandis que les autres experts avaient été contactés par téléphone ou par courriel dans les situations nécessitant des compléments d'information.

Dans ledit rapport d'"appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)" ont, après une "évaluation médicale interdisciplinaire", été posés les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail suivants : - majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, avec un syndrome algique facial persistant sans substrat anatomique retrouvé ainsi qu'avec des troubles cognitifs aux examens neuropsychologiques mais avec tests de validité des symptômes en faveur d'une collaboration insuffisante; - épisode dépressif sans précision. S'agissant des "constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles", il n'était pas retenu de limitation fonctionnelle somatique; du point de vue psychique, la dynamique d'amplification dans laquelle se trouvait l'assuré diminuait sensiblement sa flexibilité et les capacités d'adaptation; le syndrome douloureux et les troubles du sommeil pouvaient entraîner une légère diminution de l'endurance; l'absence de compétence spécifique devait faire privilégier une activité simple et cadrée; les limitations psychiques étaient "à prendre avec passablement de réserves au vu des comportements de majoration". La capacité de travail était estimée entière dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée; sur ce point, les experts n'avaient pas de raison de s'écarter de l'incapacité totale de travail retenue par la SUVA de la survenue de l'accident le 9 octobre 2013 jusqu'à un mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, soit le 17 décembre 2017, la capacité de travail étant, vu l'absence d'atteinte à la santé à l'origine d'une incapacité de travail durable, jugée entière dans toute activité dès le lendemain 18 décembre 2017.

Dans le rapport d'expertise des expertes en médecine interne était entre autres mentionné un rapport de séjour au sein du service de médecine interne de réhabilitation à la Clinique de Crans-Montana adressé le 20 mai 2020 au Dr I_____. Ce rapport retenait comme diagnostic principal un trouble anxieux et dépressif mixte. Il relevait, du point de vue psychologique, une diminution de la thymie de l'intéressé liée à des soucis de santé avec une manifestation d'apathie, d'insomnie grave, et un épuisement psychique associé, et il notait que le patient avait apprécié l'écoute active et, à la fin du séjour, présentait une remise en connexion avec ses émotions, une diminution de ses angoisses et une légère amélioration de sa thymie. Ce rapport, en parallèle, remarquait, depuis l'entrée du patient à la clinique, des plaintes de céphalées avec une peine au niveau de la mobilisation de la mâchoire qui l'empêchait de s'alimenter correctement; vu la barrière linguistique, les médecins de ladite clinique étaient limités par rapport aux informations actuelles; durant le séjour, ils avaient objectivé peu d'amélioration au plan somatique.

b. Dans un rapport du 23 septembre 2020, le SMR a suivi l'appréciation et les conclusions de l'expertise multidisciplinaire d'UNISANTÉ et du CHUV (Dr M_____). Selon le SMR, il résultait de cette expertise que l'atteinte principale à la santé était une "fracture parasymphysaire droite et de l'angle mandibulaire", les pathologies associées du ressort de l'AI étant le "TCC léger et contusion cochléo-vestibulaire droite et épisode dépressif sans précision"; comme retenu par les experts, il y avait une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, un syndrome algique facial persistant sans substrat anatomique retrouvé, ainsi que des troubles cognitifs aux examens neuropsychologiques mais avec des tests de validité des symptômes en faveur d'une collaboration insuffisante; était retenue une capacité de travail nulle dès le 9 octobre 2013, mais entière à partir du 18 décembre 2018 (recte : 2017), dans l'activité habituelle comme dans toute autre activité vu l'absence de limitations fonctionnelles.

c. Par "projet d'acceptation de rente" du 1er octobre 2020, l'office, faisant siennes les conclusions des experts d'UNISANTÉ, a, pour l'assuré, en tant que personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle, retenu une incapacité de travail totale dans toute activité du 9 octobre 2013 au 17 décembre 2017, suivie d'une capacité de travail entière dans toute activité, ce qui donnerait droit à une rente entière dès l'échéance du délai d'attente d'un an, donc pas dès le 1er octobre 2014 mais à partir du 1er janvier 2015 vu le dépôt de la demande AI le 21 juillet 2014, jusqu'au terme de trois mois après l'amélioration constatée, soit le 31 mars 2018.

d. Le 9 novembre 2020, l'intéressé, par son conseil, a formé opposition contre ce projet de décision, aux motifs notamment que les diagnostics et appréciations médicales desdits experts étaient contredites par les avis médicaux convergents

figurant au dossier et que ledit projet ne tenait pas compte de son atteinte physique et de la sévérité de ses troubles psychiatriques.

e. Le 24 novembre 2020, le SMR a maintenu sa position.

f. Par décision du 16 mars 2021, l'office a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assuré et à ses trois enfants mineurs pour la période du 1er janvier 2015 au 31 mars 2018, et a confirmé le refus de rente pour la période subséquente tel qu'envisagé dans le projet de décision du 1er octobre 2020, l'intéressé n'invoquant dans son opposition aucun fait nouveau et/ou aggravation de ses problèmes de santé depuis le printemps 2020.

D. **a.** Par acte du 16 avril 2021, l'assuré a, auprès de la chambre des assurances sociales, interjeté recours contre cette décision de l'office, concluant, avec suite de frais et dépens, à son annulation en tant qu'elle limitait au 31 mars 2018 son droit à une rente entière d'invalidité et, cela fait, à l'octroi d'une telle rente au-delà de cette date et pour une durée indéterminée, subsidiairement à une "sur-expertise médicale".

b. Le 7 juin 2021, le recourant a complété son recours et a produit un rapport reçu le 12 mai 2021 de la Dresse G_____, d'après laquelle ses symptômes aux plans somatique et psychique s'étaient nettement péjorés ces deux dernières années.

Par écriture du 10 juin 2021, l'intéressé a encore produit un rapport du 31 mai 2021 de la doctoresse T_____, psychiatre et psychothérapeute FMH au CAPPI, qui faisait notamment état des diagnostics de trouble somatoforme douloureux accompagné d'une symptomatologie anxio-dépressive fluctuant et ayant atteint par moments l'intensité d'un épisode dépressif, de même que d'une absence, depuis le début de la prise en charge, d'une réelle évolution du tableau clinique, qui était resté globalement figé.

c. Par réponse du 8 juillet 2021, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Selon un avis annexé du SMR du même jour, les nouveaux rapports médicaux présentés par l'assuré ne conduisaient pas à une modification de ses précédentes conclusions.

d. Par écriture du 10 août 2021, le recourant a fait état d'une nette péjoration de sa capacité de travail aux plans somatique et psychique depuis le 1er avril 2021, "survenue surtout en particulier [à] la fin du mois de mars 2021".

Étaient annexés des certificats d'incapacité totale de travail dès le 1er avril 2021 pour une durée indéterminée et pour raison d'accident émis les 1er juin et 1er juillet 2021 par la Dresse G_____, de même qu'un rapport de cette dernière du 7 août 2021 et un rapport du 21 mai 2021 du docteur U_____, neurologue FMH, qui avait reçu le même jour en consultation l'intéressé à la demande de la médecin généraliste traitante et qui, notamment, avait rendu le patient attentif à l'abus de médicaments qui pourrait engendrer une céphalée par abus médicamenteux, une prudence particulière devant porter sur tous les dérivés morphiniques, et selon

lequel, vu l'absence de soulagement par ces antalgiques, préconisait le retrait de ces derniers et de ne garder que la Duloxétine.

e. Le 29 septembre 2021, le recourant a remis à la chambre de céans un rapport du 20 mars 2020 du centre de la douleur des HUG adressé à la Clinique de Crans-Montana, qui posait le diagnostic de douleurs mandibullaires, fronto-temporale et occipitale bilatérale à la suite d'une fracture para-smphysaire droite et de l'angle de l'hémi-mandibule gauche occasionnée par un traumatisme aigu en 2013, les "antécédents et comorbidités" étant un syndrome vertigineux séquellaire à l'accident de 2013 "versus psychogène", des céphalées chroniques, des lombalgies aiguës non déficitaires avec un syndrome radiculaire L3-L4 à gauche, un trouble anxieux et dépressif mixte ainsi qu'un hydrocèle massif avec intervention chirurgicale prévue en 2020; dans sa partie "discussion et propositions", ce rapport faisait état notamment d'une dimension psychosociale complexe avec une précarité financière et des difficultés assécurologiques qui limitaient toute forme de prise en charge et aggravaient le pronostic; était entre autres proposée la reprise de la physiothérapie visant une amélioration fonctionnelle de la mâchoire.

f. Le 8 février 2022, une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes s'est tenue devant la chambre des assurances sociales.

Le conseil de l'intéressé a produit un courrier et un rapport de la Dresse G_____ (du 21 janvier 2022), ainsi qu'un rapport de "CT du massif facial" du 10 janvier 2022, avec "comparatifs CT du massif facial des 9 janvier 2017 et 10 avril 2014", établi par le docteur V_____, radiolgue FMH, qui concluait en particulier à un status post-fracture consolidée mandibulaire bilatérale et à un status post-ostéosynthèse mandibulaire bilatérale, à une arthrose modérée de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et à d'importantes caries multiples, lesquelles pouvaient également contribuer à une symptomatologie des douleurs locales. Etait en particulier noté par ce radiologue, "dans le contexte clinique, en 2017, la présence d'un trajet dans le canal du nerf mandibulaire gauche de la vis inférieure de la plaque vissée antérosupérieure de la branche mandibulaire gauche. Ce jour, cette plaque vissée a été enlevée. Actuellement, il n'y a plus de matériel d'ostéonsynthèse dans le canal du nerf mandibulaire gauche".

Le recourant s'est exprimé sur sa situation. Il a déclaré avoir tenté de reprendre un travail (parce qu'il s'était retrouvé sans rien, sans salaire), à 50 %, mais ne l'avait pas pu; c'était dans le domaine du bâtiment, en 2020, pendant quelques jours; cette tentative avait échoué parce qu'il avait très mal à la tête, avait des vertiges et avait très mal à la mâchoire (avec une pression sur les dents). En outre, l'assuré a entre autres déclaré, en réponse à une question de la chambre des assurances sociales, que sa situation difficile aux plans familial, social et financier avait une influence sur son état de santé. Il a notamment été précisé que depuis le prononcé d'un arrêt de la chambre administrative de la Cour de justice de mai 2019 qui rejetait son recours contre un jugement du Tribunal administratif de première instance (TAPI) d'août 2018 rejetant son recours contre une décision de février 2018 de l'office

cantonal de la population et des migrations (ci-après: OCPM), il ne s'était rien passé de particulier quant à son statut légal en Suisse, l'OCPM lui demandant une fois par année, la dernière fois sauf erreur en 2021, quelle était l'évolution de son état de santé vu les traitements actuellement en cours en Suisse, sous l'angle d'une éventuelle inexigibilité d'exécution du renvoi. L'intéressé s'est déclaré favorable à une mesure de réinsertion dans une activité adaptée à son état de santé, s'il pouvait travailler; pour le moment, il ne pouvait pas travailler, à cause de ses douleurs à la mâchoire, ajoutant qu'actuellement, il ne pouvait pas travailler à temps plein, à cause de ses douleurs; il était prêt à essayer de travailler à 30 %, mais pas dans le domaine du bâtiment.

Selon l'OAI, dans la mesure où l'état de santé du recourant n'était pas stabilisé jusqu'à 2018, une mesure de réadaptation ou autre mesure professionnelle n'entraient pas en considération; pour la période actuelle, l'intimé découvrait à la présente audience que le recourant serait intéressé par une mesure professionnelle, ce qui ne découlait pas de son dossier.

La Dresse G_____, entendue à titre de témoin, s'est exprimée sur les rapports d'expertise d'UNISANTÉ et du Dr M_____: elle approuvait certains points et d'autres non. Plus précisément, elle comprenait les conclusions du Dr M_____ (car on arrivait difficilement à expliquer la persistance des douleurs maxillo-faciales ainsi que des céphalées), mais n'était pas d'accord avec la conclusion de cet expert selon laquelle son patient avait une capacité de travail entière; elle était d'accord avec l'analyse de l'expert psychiatrique d'UNISANTÉ, mais pas avec ses conclusions selon lesquelles son patient serait apte à travailler à 100 %. Interrogée sur l'éventuelle influence des facteurs sociaux et psychosociaux culturels, elle a répondu que la situation que l'assuré vivait loin de sa famille avait une influence sur l'entretien de la douleur physique, mais il y avait aussi d'autres causes importantes qu'elle était en train d'investiguer, en particulier la persistance de la douleur faciale; elle avait demandé un deuxième avis à un chirurgien maxillo-facial, le docteur W_____, un autre rendez-vous devant avoir lieu à la clinique dentaire des HUG, en mars 2022 normalement, afin de soigner les caries; par le scanner maxillo-facial de janvier 2022, les médecins avaient constaté un aspect qui était jusqu'à présent un peu négligé, à savoir une hygiène dentaire insuffisante (en particulier des caries) déjà avant l'accident mais qui s'était dégradée depuis lors. La médecin généraliste traitante ne pensait pas que son patient simulait; il y avait selon elle plusieurs causes à ses douleurs maxillo-faciales et il y avait aussi un terrain anxio-dépressif sévère qui jouait un rôle en entretenant et en amplifiant les douleurs.

Selon le Dr U_____ entendu en qualité de témoin, qui n'avait vu le recourant qu'une seule fois, le 21 mai 2021, il n'y avait qu'une possibilité modeste de vraisemblance de causalité entre l'accident d'octobre 2013 et les céphalées; il y avait probablement des événements extérieurs à l'accident qui expliquaient la persistance des céphalées comme par exemple sa situation psychosociale en

Suisse et un possible état anxio-dépressif sous-jacent dans un contexte d'éloignement de sa famille et de situation précaire en Suisse; il s'agissait de céphalées de tension ("tensions musculaires"). Ce neurologue ne pouvait pas exclure une majoration des symptômes. Le patient avait une capacité de travail diminuée; lorsqu'il l'avait vu en mai 2021, il était en incapacité totale de travail dans toute activité en raison de l'importance des symptômes cliniques, de son état dépressif et de sa céphalée. Le Dr U_____ avait constaté qu'il présentait un état d'abus de morphine et avait conseillé à sa médecin généraliste traitante d'arrêter les dérivés morphiniques pour se concentrer sur un simple antidépresseur, conseil qui semblait avoir été suivi à la lecture de la liste des médicaments pris par l'assuré actuellement selon ses propres déclarations à l'audience.

La Dresse T_____, témoin, qui suivait l'intéressée au CAPPI depuis novembre 2020, a considéré l'expertise d'UNISANTÉ, notamment le rapport de l'expert psychiatre, comme très étayée. En partant des mêmes constatations et bases que les experts, ladite psychiatre traitante était arrivée à un autre diagnostic, soit un trouble somatoforme douloureux persistant plutôt qu'une majoration des symptômes physiques. La Dresse T_____ retenait une incapacité totale de travail dans toute activité. Il n'y avait pas d'évolution de son état de santé, ni vers le mieux ni vers le pire, à cause en particulier de sa personnalité.

g. À la suite d'une ordonnance d'apport de dossier d'assurance-accidents rendue par la chambre de céans, la SUVA a, le 23 février 2022, produit son dossier faisant suite à une "déclaration de sinistre LAA" du 20 décembre 2019 pour un sinistre survenu le 2 décembre 2019 (en descendant des échafaudages, il avait trébuché et s'était fait mal aux doigts de pieds), tandis qu'il travaillait pour une entreprise du bâtiment au taux de 50 % depuis le 17 avril 2019. Selon une radiographie du 12 décembre 2019, il n'y avait pas d'évidence de fracture, ni de suspicion de lésion osseuse. Par lettre du 31 décembre 2019, la SUVA avait accepté d'allouer des prestations pour les suites de cet accident professionnel, notamment des indemnités journalières.

h. Par écriture du 9 mai 2022, l'intimé a persisté dans ses précédentes conclusions, après qu'à la lecture des nouveaux éléments du dossier, le SMR en avait fait de même le 5 mai 2022 s'agissant de ses propres conclusions.

i. Le 9 mai 2022 aussi, le recourant a persisté dans les conclusions de son recours.

Selon un rapport de consultation – annexé – établi le 17 mars 2022 par le Dr W_____, spécialiste FMH en ORL et en chirurgie orale et maxillo-faciale, "au status ciblé, le patient [présentait] des lésions cutanées jugales bilatérales de grattage (érythème en lignes)"; "l'examen endobuccal [était] dans la norme, pas de déhiscence muqueuse, mauvais état dentaire avec restes radiculaires multiples"; "l'examen neurosensoriel [était] peu reproductible et non conclusif". Le bilan radiologique (CT-scan du 10 janvier 2022) retrouvait le matériel d'ostéosynthèse sans anomalie associée, en particulier pas de signe de conflit avec les canaux

mandibulaires. En conclusion, l'assuré présentait des douleurs chroniques dont le lien étiologique avec les fractures mandibulaires ostéosynthétisées était peu probable; ce spécialiste restait néanmoins à disposition du patient pour le retrait de ce matériel.

j. Le 20 mai 2022, le recourant a répliqué spontanément par rapport aux dernières observations de l'office, écriture qui a été transmise pour information le 24 mai 2022 par la chambre de céans à l'intimé.

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 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'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4.

4.1 Le présent litige porte sur la question du droit ou non du recourant à une rente d'invalidité, voire aussi à des mesures professionnelles, depuis le 1er avril 2018, après que l'intimé lui a alloué une rente entière du 1er janvier 2015 au 31 mars 2018, ce qui implique que l'office était en droit de retenir une amélioration de la situation depuis le 18 décembre 2017 (cf. jurisprudence citée ci-après).

4.2 De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la

date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

5. 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, la décision querellée a été rendue antérieurement au 1er janvier 2022, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

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).

Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de

réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6.2

6.2.1 Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'AI accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

6.2.2 Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI), si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

6.3 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanent d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

6.4 Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être

surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de 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 (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).

6.5 L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).

6.6 Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant 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 incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence).

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4).

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie " degré de gravité fonctionnelle "

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe " atteinte à la santé "

1. Caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents 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. 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.1).

L'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail est davantage déterminante que sa qualification en matière d'AI (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Diagnostiquer une atteinte à la santé, soit identifier une maladie d'après ses symptômes, équivaut à l'appréciation d'une situation médicale déterminée qui, selon les médecins consultés, peut aboutir à des résultats différents en raison précisément de la marge d'appréciation inhérente à la science médicale (ATF 145 V 361 consid. 4.1.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_212/2020 du 4 septembre 2020 consid. 4.2 et 9C_762/2019 du 16 juin 2020 consid. 5.2).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Le déroulement et l'issue d'un traitement médical sont en règle générale aussi d'importants indicateurs concernant le degré de gravité du trouble psychique évalué. Il en va de même du déroulement et de l'issue d'une mesure de réadaptation professionnelle. Ainsi, l'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art de même que l'échec d'une mesure de réadaptation - malgré une coopération optimale de l'assuré - sont en principe considérés comme des indices sérieux d'une atteinte invalidante à la santé. A l'inverse, le défaut de coopération optimale conduit plutôt à nier le caractère invalidant du trouble en question. Le résultat de l'appréciation dépend toutefois de l'ensemble des circonstances individuelles du cas d'espèce (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2.1.3 et la référence).

3. Comorbidités

La présence de comorbidités ou troubles concomitants est un indicateur à prendre en considération en relation avec le degré de gravité fonctionnel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_650/2019 du 11 mai 2020 consid. 3.3 et la référence). On ne saurait toutefois inférer la réalisation concrète de l'indicateur "comorbidité" et, partant, un indice suggérant la gravité et le caractère invalidant de l'atteinte à la santé, de la seule existence de maladies psychiatriques et somatiques concomitantes. Encore faut-il examiner si l'interaction de ces troubles ayant valeur de maladie prive l'assuré de certaines ressources (arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3 et le référence). Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Une atteinte qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidante en tant que telle (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être prise en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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).

B. Axe " personnalité " (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Le " complexe personnalité " englobe, à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les " fonctions complexes du moi " qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : auto-perception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Etant donné que l'évaluation de la personnalité est davantage dépendante de la perception du médecin examinateur que l'analyse d'autres indicateurs, les exigences de motivation sont plus élevées (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2).

Le Tribunal fédéral a estimé qu'un assuré présentait des ressources personnelles et adaptatives suffisantes, au vu notamment de la description positive qu'il avait

donnée de sa personnalité, sans diminution de l'estime ou de la confiance en soi et sans peur de l'avenir (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2016 du 30 juin 2017 consid. 5.2).

C. Axe " contexte social "

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne 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 toujours 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 consid. 5.2.3).

Lors de l'examen des ressources que peut procurer le contexte social et familial pour surmonter l'atteinte à la santé ou ses effets, il y a lieu de tenir compte notamment de l'existence d'une structure quotidienne et d'un cercle de proches […]. Le contexte familial est susceptible de fournir des ressources à la personne assurée pour surmonter son atteinte à la santé ou les effets de cette dernière sur sa capacité de travail, nonobstant le fait que son attitude peut rendre plus difficile les relations interfamiliales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_717/2019 du 30 septembre 2020 consid. 6.2.5.3). Toutefois, des ressources préservées ne sauraient être inférées de relations maintenues avec certains membres de la famille dont la personne assurée est dépendante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2020 du 22 octobre 2020 consid. 5.2).

II. Catégorie " cohérence "

Il convient ensuite d'examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie " degré de gravité fonctionnel " résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie " cohérence ". Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (ATF 141 V 281 consid. 4.4). A ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. Dans ce contexte, un comportement incohérent est un indice que les limitations évoquées seraient dues à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.3).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici 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 utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il 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 (ATF 141 V 281 consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'interruption de toute thérapie médicalement indiquée sur le plan psychique et le refus de participer à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel sont des indices importants que l'assuré ne présente pas une évolution consolidée de la douleur et que les limitations invoquées sont dues à d'autres motifs qu'à son atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_569/2017 du 18 juillet 2018 consid. 5.5.2).

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'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 (inévitable) 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 qu'à l'atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4.2).

6.7 Selon la jurisprudence rendue jusque-là à propos des dépressions légères à moyennes, les maladies en question n'étaient considérées comme invalidantes que lorsqu'on pouvait apporter la preuve qu'elles étaient " résistantes à la thérapie " (ATF 140 V 193 consid 3.3; arrêts du Tribunal fédéral 9C_841/2016 du 8 février 2017 consid. 3.1 et 9C_13/2016 du 14 avril 2016 consid. 4.2).

Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci; la question déterminante est en effet celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. A cet égard, toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Ainsi, le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2).

Dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1).

Le Tribunal fédéral a récemment rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

Selon la jurisprudence, une dysthymie (F34.1) est susceptible d'entraîner une diminution de la capacité de travail lorsqu'elle se présente avec d'autres affections, à l'instar d'un grave trouble de la personnalité. Pour en évaluer les éventuels effets limitatifs, ces atteintes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée selon l'ATF 141 V 281 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2019 du 24 août 2020 consid. 5.1 et la référence).

Des traits de personnalité signifient que les symptômes constatés ne sont pas suffisants pour retenir l'existence d'un trouble spécifique de la personnalité. Ils n'ont, en principe, pas valeur de maladie psychiatrique et ne peuvent, en principe, fonder une incapacité de travail en droit des assurances au sens des art. 4 al. 1 LAI et 8 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 5.3 et les références).

6.8 En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

6.9

6.9.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 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 incapable de travailler. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui – en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part –, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références).

6.9.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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).

6.9.3 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6.10

6.10.1 Le point de départ de l'évaluation prévue pour les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), les troubles dépressifs (ATF 143 V 409), les autres troubles psychiques (ATF 143 V 418) et les troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (ATF 145 V 215) est l'ensemble des éléments médicaux et constatations y relatives. Les experts doivent motiver le diagnostic psychique de telle manière que l'organe d'application du droit puisse comprendre non seulement si les critères de classification sont remplis (ATF 141

V 281 consid. 2.1.1), mais également si la pathologie diagnostiquée présente un degré de gravité susceptible d'occasionner des limitations dans les fonctions de la vie courante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2019 du 24 avril 2020 consid. 4.1 et la référence).

6.10.2 Dans un arrêt de principe du 2 décembre 2019 (ATF 145 V 361), le Tribunal fédéral, à la lumière de l'ATF 141 V 281, a notamment posé une délimitation, entre l'examen (libre), par les autorités chargées de l'application du droit, de l'admission d'une incapacité de travail par l'expert psychiatre, d'une part, et une appréciation juridique parallèle inadmissible, d'autre part.

Selon le Tribunal fédéral, dans tous les cas, l'administration et, en cas de recours, le juge, doivent examiner si et dans quelle mesure les experts ont suffisamment et de manière compréhensible étayé leur évaluation de l'incapacité de travail, en tenant compte des indicateurs pertinents (questions de preuve). À cette fin, les experts doivent établir un lien avec la partie précédente de l'expertise médico-psychiatrique (avec extraits du dossier, anamnèse, constatations, diagnostics, etc.), c'est-à-dire qu'ils doivent se référer en détails aux résultats médico-psychiatriques des examens et explorations cliniques menés dans les règles de l'art qui relèvent de leur compétence. Le médecin doit donc exposer de manière détaillée les raisons médico-psychiatriques pour lesquelles les éléments constatés sont susceptibles de restreindre la capacité fonctionnelle et les ressources psychiques en termes qualitatifs, quantitatifs et temporels (ATF 143 V 418 consid. 6). A titre d'exemple, dans le cadre de troubles dépressifs récurrents de degrés légers à modérés qui sont souvent au premier plan dans l'examen de l'invalidité au sens de l'AI, cela signifie qu'il ne suffit pas que l'expert psychiatre déduise directement de l'épisode dépressif diagnostiqué une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré ; il doit bien plutôt démontrer si et dans quelle mesure les constatations qu'il a faites (tristesse, désespoir, manque de dynamisme, fatigue, troubles de la concentration et de l'attention, diminution de la capacité d'adaptation, etc.), limitent la capacité de travail, en tenant compte - à des fins de comparaison, de contrôle et de plausibilité - des autres activités personnelles, familiales et sociales de la personne requérant une rente. Si les experts s'acquittent de cette tâche de manière convaincante, en tenant compte des éléments de preuve établis par l'ATF 141 V 281, l'évaluation des répercussions de l'atteinte psychique sera également valable du point de vue des organes chargés de l'application du droit, que ce soit l'administration ou le juge. A défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

En ce qui concerne l'évaluation du caractère invalidant des affections psychosomatiques et psychiques, l'appréciation de la capacité de travail par un médecin psychiatre est soumise à un contrôle (libre) des organes chargés de l'application du droit à la lumière de l'ATF 141 V 281 (ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_585/2019 du 3 juin 2020 consid. 2 et les références). Il peut ainsi arriver que les organes d'application du droit se

distancient de l'évaluation médicale de la capacité de travail établie par l'expertise sans que celle-ci ne perde sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_128/2018 du 17 juillet 2018 consid. 2.2 et les références). Du point de vue juridique, il est même nécessaire de s'écarter de l'appréciation médicale de la capacité de travail si l'évaluation n'est pas suffisamment motivée et compréhensible au vu des indicateurs pertinents, ou n'est pas convaincante du point de vue des éléments de preuve instaurés par l'ATF 141 V 281. S'écarter de l'évaluation médicale est alors admissible, du point de vue juridique, sans que d'autres investigations médicales ne soient nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 9C_832/2019 du 6 mai 2020 consid. 2.2). Toutefois, lorsque l'administration ou le juge, au terme de son appréciation des preuves, parvient à la conclusion que le rapport d'expertise évalue la capacité de travail en fonction des critères de médecine des assurances établis dans l'ATF 141 V 281 et qu'il satisfait en outre aux exigences générales en matière de preuves (ATF 134 V 231 consid. 5.1), il a force probante et ses conclusions sur la capacité de travail doivent être suivies par les organes d'application de la loi. Une appréciation juridique parallèle libre en fonction de la grille d'évaluation normative et structurée ne doit pas être entreprise (cf. ATF 145 V 361 consid. 4.3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_213/2020 du 19 mai 2020 consid. 4.3 et les références).

6.10.3 En fin de compte, la question décisive est toujours celle des répercussions fonctionnelles d'un trouble. La preuve d'une incapacité de travail de longue durée et significative liée à l'état de santé ne peut être considérée comme rapportée que si, dans le cadre d'un examen global, les éléments de preuve pertinents donnent une image cohérente de l'existence de limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation invalidante de la capacité de travail n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_423/2019 du 7 février 2020 consid. 3.2.2 et les références).

6.11 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).

7.

7.1 En l'espèce, les rapports d'expertise multidisciplinaire d'UNISANTÉ et du CHUV (Dr M_____) répondent, sur le plan formel, aux exigences posées par la jurisprudence pour qu'on puisse leur accorder une pleine valeur probante : ces

expertises ont été conduites par des médecins spécialistes des domaines en question, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier. Les experts ont personnellement examiné le recourant préalablement à l'établissement de leurs rapports. Ils ont consigné les renseignements anamnestiques pertinents, recueilli les plaintes de l'assuré et résumé leurs propres constatations. Les experts ont en outre énoncés les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées. Enfin, leurs conclusions sont claires et bien motivées.

Ce qui précède n'est du reste pas contesté par le recourant, et, en audience, sa médecin généraliste et sa psychiatre traitante ont déclaré en substance être d'accord avec les constatations et les analyses de ces expertises, mais pas avec la plupart de leurs conclusions, ce principalement concernant la question de la capacité de travail.

C'est sans aucun fondement invoqué que le recourant prétend qu'il lui serait fait à tort grief par les experts d'exprimer ses douleurs par des mimiques et expressions du visage, alors qu'il présenterait d'importantes difficultés à s'exprimer en français. Il est à cet égard relevé que l'intéressé a bénéficié des services d'un interprète dans sa langue maternelle tout au long des entretiens et examens d'expertise. Par ailleurs, le fait que les experts n'aient pas contacté les médecins traitants n'est en tant que tel pas de nature à remettre en cause leurs constatations, appréciations et conclusions.

7.2

7.2.1 Au plan somatique, les experts, en particulier dans le rapport d'"appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)" – qui tient également compte de l'expertise du CHUV (Dr M_____) – n'ont retenu aucune atteinte à la santé comme ayant une incidence sur la capacité de travail, ni même des limitations fonctionnelles somatiques.

7.2.2 En particulier, sur la base d'un entretien et d'un examen neurologique, l'expert neurologue indique ce qui suit : une céphalée symptomatique ou secondaire a pu être exclue par une IRM cérébrale considérée comme normale par la CRR à fin mai 2014, l'intensité subjective des douleurs dépassait celle que l'on rencontre habituellement dans le cadre d'une céphalée de tension, et le tableau clinique ne correspond pas à une migraine; il n'y a donc pas de diagnostic neurologique, ni de limitation fonctionnelle au plan neurologique.

Certes, selon le Dr U_____, qui a vu l'intéressé peu de temps après le prononcé de la décision querellée, celui-ci présente des céphalées de tension ("tensions musculaires"). Ce neurologue expose cependant qu'il y a probablement des événements extérieurs à l'accident qui expliquent la persistance des céphalées comme par exemple sa situation psychosociale en Suisse et un possible état anxio-dépressif sous-jacent dans un contexte d'éloignement de sa famille et de situation

précaire en Suisse, ce à quoi s'ajoute un abus de médicaments (morphine, antalgiques).

Or la céphalée de tension (ou tensionnelle), qui fait partie des "céphalées primaires", consiste en un mal de tête touchant les deux côtés du crâne et pourrait être liée au stress ou à des problèmes musculaires et squelettiques cervicaux. La céphalée chronique quotidienne est le plus souvent une céphalée épisodique (migraine ou céphalée de tension) qui est devenue chronique souvent dans un contexte de prise excessive de médicaments antidouleurs (cf. site internet du CHUV, https://www.chuv.ch/fr/neurologie/nlg-home/patients-et-familles/maladies-traitees/maux-de-tete-cephalees/).

Dès lors, même si l'on suivait l'appréciation du Dr U_____, la composante strictement neurologique de la problématique de l'assuré serait en tout état de cause rendue insignifiante par les aspects psychosociaux, d'abus de médicaments et éventuellement psychiques.

Pour ce qui est des vertiges, ceux-ci sont décrits par l'expert neurologue selon l'entretien avec l'expertisé, mais aucune intensité ou gravité particulière n'est clairement évoquée par des médecins spécialistes.

L'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire ne permet pas de parvenir à une autre conclusion, puisqu'aucune conclusion ne peut être tirée de cet examen, ce, selon l'experte neuropsychologue, en raison soit d'une surcharge/exagération (aspect médical), soit d'une vraie simulation (aspect non médical).

7.2.3 Dans ses écritures, le recourant se prévaut, au plan somatique, en majeure partie d'atteintes au niveau maxillo-facial. D'après lui, notamment, la réalité et la sévérité des douleurs au niveau de la mâchoire, induisant une limitation mécanique et des difficultés de mastication, n'auraient à aucun moment été niées ou minimisées.

Toutefois, selon l'expert M_____, du CHUV, le syndrome algique facial allégué n'a pas de substrat organique mais rentre dans le cadre d'une perturbation d'origine neuro-psychiatrique; il n'existe pas d'argument médical organique dans le domaine dentaire et maxillo-facial permettant de justifier une incapacité de travail actuellement.

Or aucun élément ne permet de mettre en cause ces conclusions de cet expert stomatologue, pas même le Dr H_____, qui a précisément enlevé la plaque d'ostéosynthèse dont une vis était au contact du nerf V3, ni le Dr W_____ selon lequel l'assuré présente des douleurs chroniques dont le lien étiologique avec les fractures mandibulaires ostéosynthétisées est peu probable.

Ne sont confirmés, notamment par les rapports d'expertise, ni un caractère invalidant de douleurs faciales persistantes, qui s'associeraient à une contraction musculaire et une réaction érythémateuse sur la joue gauche, telles que

mentionnées le 23 avril 2018 par la médecin généraliste traitante, ni un caractère invalidant de la limitation de l'ouverture de la bouche dont a fait état le 17 novembre 2017 le Dr H_____.

Comme retenue par l'expert stomatologue, admise par la médecin généraliste traitante et confirmée par un radiologue en janvier 2022, une hygiène dentaire insuffisante (en particulier des caries) génère par elle-même des douleurs au niveau-maxillo-facial. Ce manque d'hygiène, résultant d'une négligence de la part de l'assuré et pouvant être soignée, ne saurait relever de l'AI.

7.2.4 En définitive, aucun élément ne permet de douter des conclusions des experts selon lesquelles aucun substrat organique – ou somatique –, en particulier aux douleurs et aux céphalées ainsi qu'aux vertiges, n'est, depuis le 18 décembre 2017 – soit un mois après l'ablation de la partie gênante du matériel d'ostéosynthèse, matériel qui était une cause objectivable de douleurs de nature à justifier une incapacité de travail –, à l'origine d'une éventuelle incapacité de travail ou de limitations fonctionnelles du recourant.

7.3

7.3.1 Au plan psychique, les experts d'UNISANTÉ, en particulier l'expert psychiatre, ont retenu les diagnostics ayant ou non une incidence sur la capacité de travail suivants: - majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0), avec un syndrome algique facial persistant sans substrat anatomique retrouvé ainsi qu'avec des troubles cognitifs aux examens neuropsychologiques mais avec tests de validité des symptômes en faveur d'une collaboration insuffisante; - épisode dépressif sans précision (F32.9).

Dans le rapport d'"appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)", s'agissant des "constatations/diagnostics ayant une incidence sur les capacités fonctionnelles", du point de vue psychique, la dynamique d'amplification dans laquelle se trouve l'assuré diminue sensiblement sa flexibilité et les capacités d'adaptation; le syndrome douloureux et les troubles du sommeil peuvent entraîner une légère diminution de l'endurance; l'absence de compétence spécifique doit faire privilégier une activité simple et cadrée; les limitations psychiques sont "à prendre avec passablement de réserves au vu des comportements de majoration". Sous l'"évaluation d'aspects liés à la personnalité pouvant avoir une incidence", l'intéressé dispose d'une personnalité fruste avec un faible niveau scolaire, mais il a jusqu'ici réussi à trouver des emplois (restauration, bâtiment). Concernant l'"évaluation des ressources et des facteurs de surcharge", les ressources personnelles de l'expertisé sont estimées suffisantes; il est relativement isolé en Suisse du fait de sa situation familiale et financière, mais il peut compter sur le soutien de quelques amis; les activités de la vie quotidienne sont restreintes surtout en raison de ses conditions de vie. Pour ce qui est du "contrôle de cohérence", "le manque de cohérence dans les réponses de l'assuré, dans la présentation aux experts s'intègre dans la dynamique de majoration des

symptômes". La capacité de travail est estimée entière dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée; sur ce point, les experts n'ont pas de raison de s'écarter de l'incapacité totale de travail retenue par la SUVA de la survenue de l'accident le 9 octobre 2013 jusqu'à un mois après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse – plus précisément de sa partie gênante –, soit le 17 décembre 2017, la capacité de travail étant, vu l'absence d'atteinte à la santé à l'origine d'une incapacité de travail durable, jugée entière dans toute activité dès le lendemain 18 décembre 2017. Enfin, les experts n'ont pas de proposition thérapeutique.

Selon l'expert psychiatre, en particulier, le tableau psychiatrique affiché par l'expertisé n'est que difficilement interprétable en termes de gravité et de répercussions dans la vie quotidienne et professionnelle. Même si l'assuré ne dispose pas de compétences spécifiques – en particulier pas d'une formation particulière –, son potentiel cognitif, dans des activités simples et cadrées, est suffisant pour répondre aux exigences professionnelles. En raison d'une dynamique d'amplification des plaintes, aucun traitement psychiatrique n'est à même d'amener l'intéressé à sortir de son statut d'incapacité; il s'agit toutefois plus de processus dysfonctionnels de "coping" que d'une maladie psychiatrique considérée au sens strict.

7.3.2 Comme relevé plus haut d'une manière générale, l'expertise au plan psychique apparaît de prime abord reposer sur des constatations sérieusement effectuées et au demeurant non contestées, ainsi que sur des analyses approfondies et solides.

Il en ressort en particulier trois éléments principaux qui sont susceptibles d'exclure l'existence d'une incapacité de travail et donc d'une invalidité, sous l'angle de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles psychiques rappelée plus haut : l'absence de diagnostics présentant une intensité et gravité suffisantes pour être reconnus comme incapacitants, la majoration des symptômes et la présence très prégnante des facteurs psychosociaux (ou socioculturels).

7.3.3 Dans son opposition en particulier, l'assuré considère que le diagnostic de majoration des symptômes posé par l'expertise est sérieusement mis en doute par les avis médicaux figurant au dossier, en particulier ceux reconnaissant un trouble somatoforme douloureux tel que retenu par les médecins psychiatres du CAPPI, la première fois le 22 octobre 2018 par le Dr K_____, ce à quoi s'ajoute le trouble dépressif, qui serait incapacitant et qui découlerait manifestement de l'accident.

En audience, la psychiatre traitante actuelle (la Dresse T_____) a exposé être, en partant des mêmes constatations et bases que les experts, arrivée à un autre diagnostic, soit un trouble somatoforme douloureux persistant plutôt qu'une majoration des symptômes physiques; de ce qu'il lui semble, le diagnostic de majoration des symptômes physiques retenu par les experts d'UNISANTÉ présuppose en partie une intention consciente, alors que son diagnostic de trouble somatoforme consiste en une manifestation de douleurs due à un processus

inconscient; l'un et l'autre de ces deux diagnostics partent de difficultés psychosociales mais lui donnent un poids différent; en effet, pour la majoration des symptômes physiques, une intentionnalité est postulée qui conduit à majorer ces symptômes; en revanche, dans le cas du trouble somatoforme, il y a le souhait du patient de sortir de sa situation désespérée, qui le conduit inconsciemment à se centrer sur sa douleur et ainsi, toujours inconsciemment, à la percevoir comme très intense, invalidante et comme centre de ses préoccupations, et donc à soigner cette douleur, laquelle, avec les années et compte tenu de l'aggravation des difficultés sociales, est cristallisée dans les dynamiques de recherches de soins, de soulagement et d'issue de la situation psychosociale difficile; c'est aussi une recherche de réparation, la personne voulant être comme avant; cette recherche de réparation découle d'un processus psychologique inconscient et peut prendre la forme d'une demande de prestations d'une assurances sociales si la situation médicale est figée dans la douleur. En résumé, selon la psychiatre traitante, ce qui distingue son diagnostic de celui de l'expertise est qu'elle retient plutôt des processus psychologiques intérieurs qui conduisent inconsciemment vers la recherche de prestations sociales. Par rapport aux incohérences et à la théâtralité retenue dans les tests (neuropsychologiques) de l'expertise, la Dresse T_____ considère qu'elles sont plutôt dues à la personnalité du recourant qui a des moyens pas très adaptatifs de faire face à la réalité, et pas à une volonté consciente d'altérer les résultats des tests. Selon elle, le patient n'est pas en mesure de travailler. Elle retient une incapacité totale de travail dans toute activité, selon ses observations faites une fois par mois et celles de ses prédécesseurs au CAPPI et selon le dossier.

Cela étant, par ces explications comme par ses rapports, la psychiatre traitante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts, notamment celles de l'expert psychiatre. En effet, ce dernier a motivé de manière circonstanciée pour quels motifs il retient le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques plutôt que celui de trouble somatoforme douloureux. Contrairement à ce que comprend la Dresse T_____, l'expert R_____ ne fonde pas son diagnostic de majoration sur une recherche forcément consciente et intentionnelle de bénéfices secondaires, mais essentiellement sur des prémisses psychosociales, un enkystement dans une identité de malade, des dynamiques concrètes de majoration et amplification, de même que sur des indices de participation insuffisante à l'examen neuropsychologique (p. 6 et 7 de son rapport d'expertise). Certes, sur question de l'OAI qui a relevé que la majoration des symptômes n'est pas forcément conditionnée à la recherche d'un bénéfice secondaire et a lu en audience une partie de l'avant-dernier paragraphe de la page 6 de l'expertise du Dr R_____, la Dresse T_____ a répondu ce qui suit: "je pense qu'il y a des conflits émotionnels et une personnalité préexistants, qui sont la preuve du trouble somatoforme. Même s'il n'y avait pas d'antécédent

psychiatrique antérieur à l'accident, il y avait un terrain de vulnérabilité de la personnalité qui était de nature à permettre le développement des symptômes psychiatriques que j'ai retenus. On constate aussi une limitation de la capacité d'introspection qui amène mon patient à s'exprimer plus au plan physique que par l'élaboration de sa souffrance; cette difficulté de dire sa souffrance existait déjà vraisemblablement avant l'accident vu sa personnalité. Le trouble somatoforme de mon patient consiste en la manifestation de souffrances psychiques en la manifestation de douleurs physiques". Ces nouvelles précisions ne permettent toutefois pas d'exclure le diagnostic de majoration au profit de celui de trouble somatoforme. Au demeurant, la majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques est décrite de la manière suivante par la CIM-10 : "Symptômes physiques compatibles avec - et initialement dus à - un trouble, une maladie ou une incapacité physique, mais amplifiés ou entretenus par l'état psychique du patient. Le sujet réagit habituellement par un sentiment de détresse à la douleur ou à l'incapacité et redoute, parfois à juste titre, une persistance ou une aggravation de son incapacité ou de sa douleur" (F68.0; téléchargeable notamment depuis "https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/20665872"). Cette description n'apparaît pas exclure la possibilité d'une dimension inconsciente dans le développement d'une telle majoration, et il est relevé que ce diagnostic se différencie du comportement clair de simulation volontaire. À cet égard, dans son avis après enquêtes du 5 mai 2022, le SMR indique que dans la plupart des cas, le processus qui mène à la majoration des symptômes est également inconscient. De surcroît, entendu comme témoin, le Dr U_____ a déclaré ne pas pouvoir exclure une majoration des symptômes. En définitive, le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques résiste aux critiques, et il exclut celui de trouble somatoforme douloureux.

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Or une telle exagération – ou majoration des symptômes physiques – est précisément retenue dans le cas présent.

Par ailleurs, selon les déclarations en audience de la Dresse T_____, par moments, les symptômes d'irritabilité, de troubles du sommeil et une certaine tendance à l'isolement, un pessimisme par rapport à l'avenir, un manque de motivation, d'entrain et d'élan vital, qui sont du registre anxio-dépressif, arrivent à une intensité d'un épisode dépressif moyen ou léger (selon la CIM-10), étant précisé en outre que, selon la psychiatre traitante, ces symptômes sont chroniques bien que leur intensité varie. Cette description, qui émane de la psychiatre traitante, donc d'une médecin qui, comme relevé par la jurisprudence, peut avoir tendance, en cas de doute, de prendre parti pour son patient, n'est pas de nature à

remettre en cause les constatations, les appréciations (y compris le diagnostic) ainsi que les conclusions énoncées par l'expert psychiatre. Ce dernier considère, de manière motivée, comme non établi un diagnostic de dépression moyenne ou sévère, admettant certes la présence d'une tristesse et une fatigabilité accrue, mais relevant l'absence d'autres critères typiques de dépression, notamment l'absence d'idée centrale de dévalorisation et de culpabilité et l'absence de baisse d'appétit; selon lui, si un épisode dépressif ne peut pas être exclu, il est impossible d'en indiquer le degré de sévérité en raison des facteurs de majoration, de sorte qu'il retient un épisode dépressif sans précision (cf. (p. 6 de son rapport d'expertise). Ce dernier diagnostic n'est, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, pas suffisant pour avoir un caractère invalidant.

Enfin, des facteurs psychosociaux ou socioculturels ressortent de l'ensemble du dossier, et déjà en 2014, année durant laquelle la CRR a notamment considéré que "ce patient a développé une réaction anxio-dépressive (sans valeur incapacitante) après son accident, sur un terrain psychologique fragilisé par le vécu traumatique de la guerre et une situation contextuelle très précaire". De tels facteurs sont également notés le 20 mars 2020 par le centre de la douleur des HUG. D'après l'expert R_____, la dynamique d'amplification est intimement intriquée à des facteurs extra-médicaux de précarité sociale (statut précaire en Suisse, éloignement de sa famille, difficultés financières de la famille restée au Kosovo); de fait, on ne peut pas exclure une recherche de bénéfices secondaires dans cette situation. En audience, la Dresse T_____ a fait état que l'intensité des symptômes du registre anxio-dépressif susmentionnés dépend en partie des circonstances extérieures et des vicissitudes; par exemple cette intensité a augmenté lorsque son patient n'a pas pu rejoindre sa famille au Kosovo à Noël 2021. Selon le Dr U_____ entendu en audience, il pourrait y avoir des facteurs psychosociaux et socioculturels qui expliquent l'état anxio-dépressif et donc la persistance de la céphalée. La Dresse G_____ a de son côté admis que le fait que le patient vit loin de sa famille a une influence sur l'entretien de la douleur physique, parmi d'autres causes. Lors de l'audience (le 8 février 2022), le recourant lui-même a expliqué ce qui suit : "Mon épouse et mes trois enfants vivent toujours au Kosovo. J'ai des contacts téléphoniques réguliers avec ma famille, mais je ne les ai pas revus depuis trois ans. Cette situation est très difficile pour moi. J'emprunte de l'argent à des amis ici pour l'envoyer à ma famille au Kosovo. Mon épouse ne travaille pas. Ma famille dépend de moi, ce qui a toujours été le cas. Sur question du Président qui me demande si cette situation difficile a une influence sur mon état de santé, je réponds oui. Je n'arrive pas à les aider comme je le voudrais, à cause mon état de santé qui ne me permet pas de travailler. J'ai très mal à la tête et même maintenant devant vous j'ai de la peine à me tenir parce que j'ai très mal à la tête. Sur question du Président qui me demande comment je me détermine par rapport au fait que l'expertise retient que j'exagère mes souffrances, je réponds que je suis stressé, je n'ai pas de salaire, je n'arrive pas à payer les factures et j'ai très mal à la tête. Ce stress et ces difficultés financières augmentent beaucoup mon

mal à la tête et à la mâchoire. Sur question du Président qui me demande ce que je souhaite vraiment, je réponds souhaiter vouloir guérir. J'aimerais que quelqu'un m'aide financièrement parce que je n'ai rien".

Les facteurs psychosociaux ou socioculturels tels que décrits et précisés ci-dessus apparaissent revêtir une importance centrale, au premier plan.

Comme énoncé par le Tribunal fédéral, plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie; ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive.

Or le tableau clinique manque en l'occurrence de tels éléments pertinents au plan psychiatrique. En effet, l'état anxio-dépressif de l'intéressé n'est pas d'une intensité et d'une gravité suffisantes pour compenser le rôle central et de premier plan des facteurs psychosociaux et socioculturels.

7.3.4 Selon la jurisprudence, dans les cas où, au vu du dossier, il est vraisemblable qu'il n'y a qu'un léger trouble dépressif, qui ne peut déjà être considéré comme chronifié et qui n'est pas non plus associé à des comorbidités, aucune procédure de preuve structurée n'est généralement requise (arrêt du Tribunal fédéral 9C_14/2018 du 12 mars 2018 consid 2.1). Le présent cas paraît être à tout le moins proche d'une telle situation, étant rappelé, sous l'angle de la question de la chronicité, que selon la psychiatre traitante, c'est seulement par moments que les symptômes dépressifs de l'intéressé arrivent à une intensité d'un épisode dépressif moyen ou léger.

7.3.5 Quoi qu'il en soit, même si on se fondait ici de manière complète sur la grille d'analyse comportant des indicateurs développée par le Tribunal fédéral, et même si on retenait au surplus le diagnostic de de trouble somatoforme douloureux plutôt que celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques – ce qui n'est pas le cas, comme exposé plus haut –, on n'arriverait pas à une solution favorable à la position au recourant, ce pour les motifs qui suivent.

Dans le cadre de la catégorie I. "degré de gravité fonctionnelle", axe A. "atteinte à la santé", de ladite grille d'analyse, il découle, de la jurisprudence citée plus haut ainsi que des éléments factuels (dans la subsomption) qui précèdent, de même que de l'ensemble des faits et circonstances, ce qui suit. Il manque un degré de gravité minimal des diagnostics et comorbidités. Même si on retenait un trouble somatoforme douloureux – ce qui n'est pas le cas –, l'épisode dépressif sans précision diagnostiqué pourrait tout au plus être pris en considération dans l'approche globale. Il sied néanmoins de constater que l'assuré collabore avec ses

médecins et paraît suivre dans une très grande mesure leurs prescriptions et recommandations.

Dans le cadre de l'axe B. "personnalité", le recourant ne souffre pas de troubles spécifiquement liés à la personnalité. D'après la Dresse T_____ entendue en audience, l'intéressé a des moyens pas très adaptatifs de faire face à la réalité, et présente un terrain de vulnérabilité de la personnalité de nature à permettre le développement des symptômes psychiatriques qu'elle avait retenus, de même qu'une limitation de la capacité d'introspection qui l'amène à s'exprimer plus au plan physique que par l'élaboration de sa souffrance. Selon elle, la personnalité susdécrite de l'assuré a des effets, en plus des facteurs psychosociaux, sur l'état de santé et la capacité de travail; toujours de l'avis de la psychiatre traitante, la capacité d'adaptation et de résilience de son patient a été entamée par l'immigration et l'éloignement de sa famille et un certain isolement à Genève, puis par l'accident, et cela s'est figé dans ce trouble psychiatrique dont il souffre actuellement; il s'agit d'un processus inconscient, et les événements vécus et la personnalité ont joué un rôle dans l'apparition et le développement du trouble psychiatrique. On ne voit toutefois pas, sur la base de ces explications de la Dresse T_____ qui lie notamment l'évolution de la personnalité de son patient à des facteurs psychosociaux et socioculturels ainsi qu'à des événements malheureux de sa vie, en quoi ladite personnalité aurait un impact significatif, au sens de la jurisprudence, sur sa capacité de travail et d'éventuelles limitations fonctionnelles. Ainsi, les déclarations et rapports de la psychiatre traitante ne permettent pas de remettre en cause les constatations et appréciations des experts, en particulier de l'expert psychiatre, relative à la personnalité de l'assuré. À teneur du rapport d'expertise psychiatrique (sous "avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social", p. 7 et 8), si l'expertisé dispose d'une personnalité frustre, avec de faibles capacités d'élaboration psychique – comme relevé par des médecins l'ayant suivi –, il est néanmoins parvenu, après une enfance dans un climat familial harmonieux, à exercer une activité professionnelle en Suisse durant plusieurs années, ses liens affectifs et familiaux ont toujours été stables, il dispose de la capacité d'apprécier sainement la réalité, son intentionnalité n'est que faiblement abaissée en raison des symptômes thymiques, une irritabilité de sa part n'a pas été directement observée en entretien d'expertise et il ne présente donc pas de déficit étendu dans la gestion des émotions et le contrôle des impulsions, et, globalement, les fonctions complexes du Moi sont suffisantes pour répondre au cahier des charges d'une activité professionnelle simple et cadrée, dans le cadre de laquelle il est capable de prendre des décisions et d'émettre un jugement.

Concernant l'axe C. "contexte social", plus précisément les ressources, selon la Dresse T_____ entendue au audience, le patient n'a pas de ressources psychiques ou familiales (sa famille était au Kosovo), mais pour ce qui est des ressources

sociales, il a des relations amicales à Genève et vit chez un ami; il a peut-être aussi une famille élargie en Suisse; il a des relations amicales; la vie qu'il décrit est une vie assez ritualisée et régulière avec des interactions sociales dans un monde connu. D'après la Dresse G_____, parfois lorsqu'il vient en consultation, son patient, qui a quelques amis qui le soutiennent, est accompagné d'amis; néanmoins, de ce que ceux-ci lui disent et de ce qu'elle constate elle-même, le recourant est depuis l'accident en retrait social et réservé; de l'avis de la médecin généraliste traitante, il a très peu de ressources sur les plans psychique, social et familial, étant donné que depuis longtemps il ne voit plus sa femme et ses enfants et qu'il n'y a aucun membre de sa famille en Suisse et qu'il est seul, selon ce qu'elle sait. Ces descriptions ne sont pas éloignées de celles de l'expert R_____, selon lequel les relations avec les proches sont peu fournies, en raison des aspects contextuels (conséquences négatives de l'immigration, précarité du statut social de l'assuré et de sa famille). Il convient d'en conclure que l'intéressé dispose de ressources aux plans psychique, familial et social avec notamment le soutien d'amis et de bonnes relations avec son épouse et leurs enfants, mais que ces ressources sont quelque peu limitées, étant néanmoins relevé que son éloignement de son épouse et de leurs enfants découle en particulier de sa volonté de rester en Suisse malgré l'absence de statut légal.

Pour ce qui est de la catégorie II. "cohérence", l'expert psychiatre considère que le tableau clinique n'est ni valide, ni cohérent, et que des facteurs de majoration faisant intervenir la volonté sont présents, de sorte qu'on ne peut selon lui pas retenir de façon valide une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. À teneur de la "description de la vie quotidienne" contenue dans le rapport d'expertise des expertes en médecine interne, l'assuré est actuellement hébergé dans un appartement par un ami qui travaille toute la journée, de sorte qu'il est seul; selon les explications de l'intéressé, ce dernier se lève à 7h00 le matin, prépare son café, reste au salon, prend ses médicaments; il descend ensuite au parc à proximité où il reste entre une demi-heure et une heure; ne pouvant pas y demeurer plus longtemps car irrité par sa situation, il rentre et occupe sa journée à téléphoner à ses enfants, à sa famille, regarde la télévision, des films ou le sport; il réchauffe des repas qui sont préparés par son ami; l'après-midi, il lui arrive de faire une sieste et, parfois, il sort pour voir des amis au bistrot; les commissions et l'entretien sont intégralement effectués par son ami. De cette description ne découle pas une limitation dans la vie quotidienne et sociale qui serait d'une intensité aussi élevée que la très importante limitation que le recourant allègue dans une éventuelle activité professionnelle, et, comme retenu dans le rapport d'"appréciation générale interdisciplinaire (expertise consensuelle)", "les activités de la vie quotidienne sont restreintes surtout en raison des conditions de vie de l'assuré", plutôt qu'en raison de problèmes médicaux au sens strict.

Au regard de ce qui précède, les appréciations et conclusions tirées par les experts notamment de la grille d'analyse comportant des indicateurs développée par le Tribunal fédéral, circonstanciées et convaincantes, ne prêtent pas le flanc à la critique. En particulier, les éléments défavorables à l'existence d'une incapacité de travail (y compris de limitations fonctionnelles) et invalidité du recourant, à savoir la majoration des symptômes physique pour des raisons psychologiques, la place au premier plan des facteurs psychosociaux et socioculturels ainsi que l'absence d'un degré de gravité minimal des diagnostics et comorbidités, ne sont pas compensé, dans un sens opposé, par les autres indicateurs ressortant de l'application de ladite grille; en effet, quand bien même l'intéressé se conforme aux traitements prescrits par ses médecins traitants, sa personnalité apparaît conservée, des ressources aux plans psychique, familial et social demeurent bien que quelque peu limitées, et le tableau clinique montre un déficit de cohérence.

7.4 Rien ne permet dès lors de s'écarter des conclusions des experts qui sont rejoints par le SMR et qui retiennent une incapacité totale de travail depuis la survenue de l'accident le 9 octobre 2013 jusqu'à un mois après l'ablation de la partie gênante du matériel d'ostéosynthèse qui était une cause objectivable de douleurs, soit le 17 décembre 2017, et une capacité de travail entière dans toute activité professionnelle – y compris l'activité habituelle (de ferrailleur), qui correspond à une activité simple et cadrée au sens des rapports d'expertise –, donc sans limitations fonctionnelles, dès le lendemain 18 décembre 2017.

Ceci n'exclut pas l'existence, encore actuellement, de souffrances réelles du recourant, mais celles-ci ne sont pas du ressort de l'AI.

7.5 En conséquence, la décision querellée octroyant une rente entière d'invalidité à l'assuré et à ses trois enfants mineurs pour la période du 1er janvier 2015 – à l'échéance du délai de six mois à la suite du dépôt le 21 juillet 2014 de la demande AI conformément à l'art. 29 al. 1 LAI – au 31 mars 2018 – soit trois mois après l'amélioration commencée le 18 décembre 2017 en application des art. 17 LPGA et 88a al. 1 RAI –, et confirmant le refus de rente pour la période subséquente, est conforme au droit.

Le recourant n'étant atteint par aucune invalidité, pas même sous forme de limitations fonctionnelles, depuis la cessation de son droit à une rente entière, aucun droit à des mesures professionnelles ne peut – ni ne pouvait – lui être reconnu (cf., a contrario, art. 8 al. 1 LAI; ATF 124 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

C'est donc sans fondement que l'assuré fait valoir dans son recours qu'il ne serait en l'état pas exigible qu'il puisse reprendre sans préavis une activité lucrative sans que soient mises en place des mesures d'observation professionnelle destinées à l'orienter dans une activité qui puisse être compatible avec ses limitations fonctionnelles alléguées, lesquelles ne sont, comme exposé plus haut, pas retenues.

7.6 L'éventuelle péjoration de la capacité de travail aux plans somatique et psychique depuis le 1er avril 2021, "survenue surtout en particulier [à] la fin du mois de mars 2021", telle qu'évoquée le 10 août 2021 par le recourant, aggravation qui ne ressort au demeurant pas de manière manifeste du dossier, ne saurait en tout état de cause être prise en considération dans le présent arrêt, dans la mesure où elle serait postérieure au prononcé le 16 mars 2021 de la décision entreprise.

8. Vu ce qui précède, le recours sera rejeté.

9. Le recourant, bien qu'ayant été représenté par un conseil, n'a pas droit à une indemnité de dépens dans la mesure où il échoue dans son recours (art. 61 let. g LPGA a contrario).

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a par ailleurs lieu de le condamner au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge du recourant.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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