RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/179/2020 **ATAS/514/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o M. B_____, _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mirolub VOUTOV	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Alors qu'il travaillait sur un chantier, en qualité de monteur en échafaudage, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1984, a été heurté, le 16 novembre 2016, par une grue transportant une lourde palette et a subi des atteintes à sa santé sur l'hémicorps droit. Son cas a été pris en charge par la SUVA.

2. En date du 19 septembre 2017, l'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Il déclarait comme atteinte à la santé les suites de l'accident du 16 novembre 2016 et renvoyait aux pièces figurant dans le dossier de la SUVA. Il était suivi par le docteur C_____, généraliste, pour des troubles à l'épaule, et par la doctoresse D_____, psychiatre au centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) de la Jonction, depuis août 2017.

3. Suite à l'apport du dossier accident de la SUVA, plusieurs pièces médicales ont été communiquées à l'OAI, notamment :

   - un rapport du 13 juillet 2017, du docteur E_____, médecin adjoint auprès du centre hospitalier du Valais romand, qui indiquait que l'assuré avait subi un accident de travail avec lésion du tendon du sous-épineux. Il avait passé des radiographies et une IRM de l'épaule droite en date du 13 juillet 2017 dont il ressortait que, selon les radiographies, il n'y avait pas de signe de luxation de subluxation articulaire espace sous-acromiale normale sur l'épaule droite et l'IRM pratiquée sur la même épaule ne montrait pas non plus d'arthrose significative ; il y avait un aspect intègre des tendons, le long chef du biceps était en place dans sa gouttière, on voyait un discret signe de bursite sous-acromio deltoïdienne ;

   - un rapport du 17 juillet 2017, de la doctoresse F_____, médecin adjointe au centre hospitalier du Valais romand, indiquant que l'assuré avait subi une radiographie du genou des deux côtés, en date du 17 juillet 2017, avec comme indication, des gonalgies droites post-traumatiques ; il en résultait une description des structures osseuses et rapport articulaire dans la norme, une minéralisation osseuse conservée symétrique et une absence d'épanchement articulaire ;

   - un rapport de la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) daté du 17 août 2017, sous forme de lettre de sortie, qui faisait état d'un séjour dans le service de réadaptation de l'appareil locomoteur, du 11 juillet 2017 au 4 août 2017. Le diagnostic principal était des thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs multiples (épaule droite, rachis, genou droit) ; comme diagnostic supplémentaire, il était indiqué un accident du travail, le 16 novembre 2016 avec contusion de l'épaule et du bras droit, contusion du rachis cervical, et des lombaires et un traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) léger. S'y

ajoutaient un état de stress post-traumatique, un déficit vestibulaire droit avec vertiges rotatoires, une discrète bursite sous-acromiale droite visible sur l'IRM du 13 juillet 2017, une chute sur le genou droit (un mois et demi auparavant), avec gonalgies antérieures et des rachialgies chroniques d'origine musculo-squelettique non spécifiques. Huit mois après l'accident, le patient s'était plaint de douleurs et de limitation de la mobilité de l'épaule droite, avec des douleurs irradiant jusqu'au coude, associées à des douleurs au niveau de la charnière dorsolombaire, ainsi que des gonalgies droites ; il avait été donc adressé à la CRR pour rééducation et évaluation multidisciplinaire. À l'entrée, le patient se plaignait de limitations fonctionnelles, dont des douleurs de l'épaule droite décrites comme globales, estimées (sur l'échelle de la douleur) à 7/10 au repos et à 10/10 à l'effort, soulagées par les mouvements de rotation pendulaire, tronc penché en avant, membre supérieur tombant, ainsi que le glaçage, les massages et les antalgiques. Le patient se plaignait également de céphalées occipitales droites, associées à des troubles de la concentration, de la mémoire, d'une irritabilité, ainsi que des douleurs localisées, sans irradiation, au niveau de la charnière dorsolombaire. Il se plaignait, enfin, de douleurs au niveau du genou droit antérieur, à la descente et à la montée des escaliers qui étaient - selon les dires de l'assuré - consécutives à une chute. La participation du patient à la thérapie avait été considérée comme moyenne, des incohérences avaient été relevées, notamment la péjoration de certains tests de sortie, alors même qu'il n'y avait pas de changement clinique notable, en dehors des douleurs déclarées plus importantes qu'à l'entrée. Il était également relevé des incohérences lors des tests neuropsychologiques et lors de l'évaluation aux postures, témoignant de la faiblesse de l'effort fourni chez un patient pourtant athlétique. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues : le port de charges lourdes, de manière répétitive ou prolongée, la montée sur des échelles ou sur des plans surélevés, ainsi que le travail en hauteur. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite d'un traitement de physiothérapie active pouvait améliorer la situation du patient et une stabilisation médicale était attendue, dans un délai de quatre à six mois, s'agissant essentiellement d'un problème de stress post-traumatique et de vertiges. Aucune intervention n'était proposée. L'incapacité de travail dans la profession actuelle de monteur en échafaudage était de 100% du 5 août 2017 au 5 septembre 2017. Le rapport était signé par le docteur G_____, médecin adjoint et spécialiste en rhumatologie ;

- un examen neurologique du 24 juillet 2017 pratiqué par le docteur H_____, médecin associé et spécialiste en neurologie auprès de la CRR, se rapportant à l'accident du 16 novembre 2016. Pendant l'examen neurologique détaillé, il y avait peu de fluctuations thymiques, le patient était réservé. En conclusion, le patient avait eu, vraisemblablement, un traumatisme cranio-cérébral de degré léger au moment de l'accident du 16 novembre 2016 ; il avait brièvement perdu connaissance et gardait une amnésie post-traumatique d'environ 20 à 30

minutes. Le CT cérébral était décrit comme normal. Depuis, il gardait des vertiges rotatoires lors des changements de position. L'examen neurologique actuel était rassurant, on ne trouvait notamment pas de signe pour une dysbalance vestibulaire ; néanmoins, le médecin proposait de demander un bilan auto neurologique auprès du docteur I_____, une posturographie à la CRR, ainsi qu'une IRM cérébrale et un examen neuropsychologique.

4. À la demande de l'OAI, le département de santé mentale et de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : à HUG), soit le CAPPI de la Jonction, a communiqué, en date du 26 octobre 2017, un rapport médical sur l'assuré dont il ressortait que ce dernier présentait, suite à son accident, une symptomatologie dépressive évoluant depuis janvier 2017, avec tristesse, aboulie, anhédonie, troubles du sommeil, reviviscence de l'accident ; malgré un traitement d'antidépresseurs par Cymbalta 120 mg par jour, depuis plus de six semaines, il y avait une persistance d'un état dépressif majeur. Le patient bénéficiait d'une psychothérapie intensive avec entretien infirmier et entretien médicaux plusieurs fois par semaine, associé à un traitement médicamenteux, soit de la Paroxetine, 30 mg par jour, du Seroquel, 100 mg le soir et du Dalmadorm, 30 mg au coucher. Il était indiqué que l'assuré souffrait de difficultés de concentration, d'anxiété flottante diurne, de fatigabilité avec troubles de l'endormissement, de réveils fréquents, d'irritabilité et de repli sur lui-même. Au travail, cela se manifestait par l'anxiété importante associée à l'apparition de vertiges en hauteur, avec troubles de la concentration qui étaient incompatibles avec son activité professionnelle actuelle. Une réadaptation du lieu de travail était envisagée, à savoir ne plus travailler en hauteur. Selon la Dresse D_____, la poursuite du suivi psychiatrique, psychothérapeutique et médicamenteux était susceptible d'améliorer la capacité de travail, mais il était impossible de se prononcer quant à une éventuelle date de la reprise de la capacité de travail.

5. En date du 19 décembre 2017, l'OAI a communiqué à l'assuré des mesures d'intervention précoce, sous la forme d'un cours de formation.

6. Questionné par l'OAI, l'employeur, soit la Sàrl J_____, a répondu, en date du 4 avril 2018, que l'assuré exerçait l'activité de monteur en échafaudage jusqu'au jour de l'accident et son temps de travail était de 8h30 par jour, soit 42h30 par semaine. Il était indiqué que des possibilités de placement avaient été examinées, mais elles n'existaient pas à l'interne. S'agissant de la description de son activité individuelle, l'assuré devait souvent monter et démonter des échafaudages, était rarement assis, souvent debout pour marcher ou soulever des échafaudages ou porter des poids allant de 0 à 25 kg. Les exigences intellectuelles étaient : une grande concentration, une grande endurance, de grands soins et une grande faculté d'interprétation.

7. Questionné par l'OAI, le Dr C_____ a rendu un rapport médical du 4 novembre 2018, fixant le début de la longue maladie à la date de l'accident, soit le 16 novembre 2016. Le médecin traitant retenait les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de : contusion des lombaires et du bassin, de contusion de

l'épaule et du bras, de bursite sous-acromio deltoïdienne droite, de capsulite rétractile de l'épaule droite, de lombalgies post-traumatiques, d'entorse et foulure du rachis cervical, de vertiges post-traumatiques, de contusion du genou, de tendinopathie distale de l'infra-épineux, d'état dépressif épisode moyen et d'état de stress post-traumatique. Il suivait l'assuré depuis le 25 janvier 2017 et la date du dernier contrôle était fixée au 1er novembre 2018 ; le pronostic était réservé et l'incapacité de travail dans le bâtiment était fixée à 100%, du 25 janvier au 5 mars 2017, à 30% du 6 mars au 22 juin 2017 et à nouveau à 100% à partir du 23 juin 2017. Selon le médecin traitant, le patient se plaignait de cervicalgies, vertiges, douleurs au niveau du genou droit et de l'épaule droite, ainsi que de la tête et de troubles mnésiques. Ces symptômes l'empêchaient d'effectuer les différentes tâches physiques inhérentes à son travail. Le Dr C_____ considérait que, d'un point de vue médical, l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible et il estimait qu'on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail.

8. En date du 25 mars 2019, le docteur K_____, chef de clinique de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG, a rendu un rapport consécutif aux consultations du 11 décembre 2018 et du 5 février 2019. Dans l'anamnèse de la douleur, l'assuré décrivait des douleurs de l'hémicorps droit, des cervicalgies, des dorsalgies, des gonalgies droites à la mobilisation qui, selon le médecin, étaient décrites en des termes en faveur d'une atteinte neuropathique ou de sensibilisation centrale et s'inscrivaient dans une dimension émotionnelle. En conclusion, l'anamnèse, le statut et les examens radiologiques évoquaient des arthralgies chroniques et répétitives, avec probable sensibilisation centrale qui impliquait une réorganisation anatomique et fonctionnelle au niveau de la moelle et du cerveau. Ces douleurs s'inscrivaient dans un contexte de syndrome de stress post-traumatique, d'un état dépressif et d'un trouble cognitif se péjorant. L'assuré déclarait ne pas ressentir le bénéfice de l'antidépresseur et restait réfractaire au traitement antalgique ; le médecin l'encourageait à poursuivre une activité physique régulière et considérait qu'une évaluation neurologique pourrait compléter le bilan de troubles cognitifs.

9. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, le docteur L_____, psychiatre, a rendu un rapport d'expertise du 10 avril 2019, suite à un examen psychiatrique de l'assuré effectué le 27 mars 2019. Une anamnèse médicale et personnelle était effectuée, suivie d'une description des plaintes subjectives de l'assuré qui se plaignait de son contexte de vie actuellement décrit comme négatif et plein d'incertitudes ; il décrivait des douleurs à la nuque, à l'épaule du côté droit ou à la tête également du côté droit, disait avoir des vertiges qui survenaient principalement lorsqu'il se levait brusquement, disait que sa tête « ne fonctionne plus du tout » et qu'il n'arrivait plus à se concentrer et oubliait ; il considérait avoir également perdu confiance en lui-même et ne s'imaginait pas travailler à nouveau sur un échafaudage, il décrivait des soucis concernant son avenir, sur le plan professionnel notamment, car il ne maîtrisait pas le français, ce qui le limitait sur le plan professionnel. Selon l'assuré,

il était constamment déprimé, évaluant l'intensité de sa dépression à 8/10 ; il n'avait pas d'idées suicidaires, était fatigué et se positionnait en tant que victime d'un accident qui avait compromis son existence. Son sommeil était perturbé avec des difficultés d'endormissement et un réveil précoce. Il expliquait encore avoir des reviviscences de l'accident, notamment lorsqu'il passait devant des échafaudages et faisait des cauchemars. Selon l'appréciation du psychiatre, il y avait dans le dossier de nombreux descriptifs de la présence d'incohérences, notamment en ce qui concernait les vertiges par exemple, certains médecins parlant de déficit vestibulaire, alors que d'autres disaient qu'il n'y avait pas de dysbalance vestibulaire. L'atteinte neurologique touchant le fonctionnement cognitif avait été évaluée par un neuropsychologue qui écrivait que les résultats n'étaient pas cohérents et qu'il y avait probablement une forme d'autolimitation et que l'examen du jour ne représentait pas le réel potentiel cognitif du patient. En ce qui concernait l'atteinte somatique, celle-ci n'avait pas d'explication lésionnelle et ne devait pas être, en principe, source d'une incapacité de travail totale. Sur le plan psychiatrique, le médecin-conseil retrouvait également nombre d'aspects questionnables, notamment sur le plan des diagnostics par les différents médecins traitants. Ainsi, la prise en charge au CAPPI, qui était en principe une prise en charge intensive dans un premier temps, ne permettait pas d'expliquer que les médecins ne retenaient que la présence d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. Ce n'était que plus tard, lors de l'évaluation par le psychiatre de la CRR, qu'apparaissait le diagnostic d'état de stress post-traumatique, également retenu dans le dernier rapport des HUG qui, pourtant, ne citait plus d'état dépressif et parlait d'une stabilisation de la symptomatologie, alors que l'assuré lui-même estimait que son état ne s'était guère amélioré. Le psychiatre relevait également la présence d'incohérences, dès lors que l'assuré prétendait qu'il avait peur de retourner sur des chantiers, mais lorsqu'on lui posait la question de savoir s'il conduisait un véhicule, il répondait oui, puis se rétractait en répondant non, puis revenait sur ses déclarations, en précisant qu'il conduisait parfois, mais « sous la tutelle de son frère ». S'agissant de la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique, le médecin constatait que lorsque l'assuré décrivait son accident, on ne notait pas particulièrement de symptômes d'anxiété ; les cauchemars décrits par l'assuré ne semblaient pas être en rapport direct avec le déroulement de l'accident ; il n'y avait pas de conduite d'évitement particulière, dès lors que l'assuré sortait, se socialisait et était même capable de passer devant des chantiers. Selon le médecin-conseil, la question de l'existence d'un état de stress post-traumatique se posait, tout en considérant que si un tel état existait, l'atteinte serait au maximum d'une intensité légère n'impactant que peu son fonctionnement au quotidien. En ce qui concernait l'atteinte thymique, celle-ci n'était plus relevée, comme cela ressortait du dernier rapport des HUG ; d'ailleurs, le traitement avait été très largement espacé. Le psychiatre s'étonnait de l'intensité des plaintes subjectives de l'assuré qui considérait que tout allait mal dans tous les domaines et qui se disait très déprimé, alors qu'il avait pu continuer une existence relativement normale, était devenu père et ne montrait pas d'aspect

objectif de gravité comme par exemple, un trouble cognitif, un ralentissement psychomoteur ou des troubles de l'appétit. En conclusion, en tenant compte de ces incohérences, le Dr L_____ considérait qu'il y avait une très probable majoration symptomatique liée au contexte existentiel et social de l'assuré qui se trouvait dans une situation très précaire en Suisse ; l'intensité autant que la nature des troubles psychiques était questionnable et selon le psychiatre, l'exigibilité et la capacité de travail devaient être considérées comme totales dès à présent.

10. Questionné par l'OAI, le centre CAPPI de la Jonction a répondu, sous la plume du docteur M_____, chef de clinique, en date du 9 mai 2019, considérant que l'état de santé de l'assuré était resté stationnaire et que certains diagnostics avaient été retenus, qui avaient une influence sur la capacité de travail, soit : F43.1, F06.9 et M79.2. Il était constaté une amélioration du syndrome dépressif, les mesures thérapeutiques étaient stationnaires avec un pronostic de possible diminution des douleurs neuropathiques, avec une date du dernier examen médical arrêté au 12 mars 2019. Il n'y avait pas de modification notable dans l'état de santé ; celui-ci était resté stationnaire depuis janvier 2018 et les limitations fonctionnelles observées étaient des troubles moteurs, des douleurs neuropathiques et des troubles attentionnels et mnésiques. La capacité de travail était nulle dans le poste de travail occupé en tant que maçon, une capacité de travail dans une autre activité adaptée était estimée à 30%. Il était envisagé un nouveau reclassement professionnel et donc une formation, même si cela était rendu difficile en raison des troubles de la concentration et de la mémoire.

11. En date du 17 mai 2019, le docteur N_____, orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport de bilan final suite à l'examen clinique de l'assuré en date du 14 mai 2019. Il a récapitulé l'ensemble des pièces médicales à sa disposition, ainsi que l'anamnèse médicale de l'assuré. Ce dernier s'est plaint de ses douleurs, notamment des céphalées matinales, des douleurs au niveau de l'épaule droite, des gonalgies droites et des céphalées occipitales droites accompagnées de cervicalgies non déficitaires. Il s'est plaint de douleurs au genou droit après 20 minutes de marche et d'une augmentation de la fatigue. Selon le médecin-conseil, les plaintes étaient essentiellement situées au niveau de l'épaule droite et du genou droit. Après un examen clinique, le Dr N_____ a conclu que l'examen clinique objectivait une stagnation clinique depuis l'examen pratiqué il y avait un an, tant au niveau du membre supérieur droit qu'au niveau du membre inférieur droit. Aucune indication opératoire n'était posée et le médecin proposait une stabilisation de l'état sur le plan somatique, au jour de l'examen. Il considérait que les limitations fonctionnelles étaient celles liées au travail sur échafaudage, terrain accidenté, les mouvements avec grand bras de levier et port de charges lourdes au niveau du MSD. En tenant compte de ces limitations fonctionnelles, le Dr N_____ estimait que l'exigibilité était donnée dans une activité à plein temps et plein rendement et qu'il n'y avait pas lieu d'estimer une atteinte à l'intégrité, en ce qui concernait la SUVA, celle-ci étant inférieure au taux indemnisable.

12. En date du 10 septembre 2019, le service médical régional (ci-après : SMR) a rendu un avis médical signé par le docteur O_____. Ce dernier a résumé les pièces médicales examinées, en rapport avec la demande du 22 septembre 2017. Suite à l'accident du 16 novembre 2016, l'assuré avait présenté un traumatisme crânien léger, une contusion de l'épaule droite, des rachialgies, une symptomatologie vertigineuse et une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle. L'évolution était défavorable et l'assuré avait bénéficié d'une hospitalisation à la CRR, du 11 juillet au 4 août 2017. Dans la lettre de sortie de la CRR, les médecins retenaient les diagnostics de contusion de l'épaule gauche, du bras gauche du rachis cervical et lombaire, de TCC léger, d'état de stress post-traumatique, de déficit vestibulaire droit et de contusion post-traumatique du genou droit. Ils insistaient sur les incohérences retrouvées lors des examens ORL, des tests fonctionnels physiques et de l'examen neuropsychologique et sur les facteurs contextuels (acculturation, absence de permis de séjour, absence de formation, très mauvaise pratique du français). Dans son rapport médical du 4 novembre 2018, le médecin traitant, le Dr C_____ reprenait les très nombreuses plaintes de l'assuré et attestait, au vu de celles-ci, une incapacité de travail totale dans toute activité. Dans son rapport médical du 9 mai 2019, le Dr M_____ retenait les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de trouble mental sans précision, d'une lésion cérébrale, des névralgies et d'une névrite. Il précisait que l'état de santé était stationnaire depuis janvier 2018 et estimait la capacité de travail nulle, pour l'ancienne activité, et de 30% dans une activité adaptée, soit une activité simple et non manuelle. Dans les compte-rendu de consultation du 11 décembre 2018 et du 5 février 2019, les médecins de la consultation de la douleur écrivaient que les plaintes douloureuses étaient en rapport avec une sensibilisation centrale. Dans son rapport d'examen psychiatrique du 27 mars 2019, le Dr L_____ retenait les diagnostics de probable état de stress post-traumatique d'intensité légère et de probable trouble dysphorique en rémission. Il insistait également sur les incohérences du dossier et retrouvées à l'examen et la très nette majoration de la symptomatique, aussi bien physique que psychique. Il expliquait que le rôle du contexte socio-culturel de l'assuré était prépondérant dans la recherche d'un statut d'invalide. Dans son rapport d'examen final du 4 mai 2019, le Dr N_____ écrivait que l'état clinique de l'assuré était stabilisé. Il ajoutait que les limitations fonctionnelles étaient liées au « travail sur échafaudage, terrain accidenté, les mouvements avec grand bras de levier et port de charges lourdes au niveau du membre supérieur droit » et attestait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Le Dr O_____ considérait qu'au vu du rapport du Dr L_____, on constatait que l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé psychique suffisamment sévère pour être incapacitante ; de même, le rapport d'examen neuropsychologique effectué à la CRR, lors de l'hospitalisation de 2017, montrait le défaut de cohérence et l'amplification des plaintes. La différence d'évaluation entre les médecins de l'assurance-accident et les médecins traitants était liée à une différence de critères d'appréciation de la situation, car les médecins traitants intégraient les facteurs

psychosociaux dans la prise en charge de leurs patients. Par conséquent, il fallait s'en tenir aux conclusions des Drs N_____ et L_____ ; le médecin du SMR considérait que la capacité de travail était nulle dans l'ancienne activité (trop physique), mais pleine dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles physiques retenues et ceci depuis au moins le mois de janvier 2018 (date de stabilisation de l'état psychique : rapport du Dr M_____ du 15 mai 2019).

13. Par projet de décision du 8 octobre 2019, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité, considérant qu'à l'issue de l'instruction médicale, il était reconnu à l'assuré une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle, dès novembre 2016 (début du délai d'attente d'un an), mais que sa capacité de travail, dans une activité adaptée à son état de santé, était (recte : de 100%) dès mars 2018. Après comparaison des gains, l'OAI retenait des gains, sans invalidité, de CHF 66'803.-, et des gains, avec invalidité, de CHF 62'156.-, relevant que la perte de gain s'élevait à 0%. Le taux étant inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à des prestations, ni à des mesures de reclassement professionnel, dès lors qu'il était inférieur à 20%.

14. Suite à l'opposition du mandataire de l'assuré, l'OAI, par décision du 25 novembre 2019, a confirmé le projet de décision du 8 octobre 2019. Les pièces médicales qui avaient été communiquées à l'office par l'assuré, après le projet de décision du 8 octobre 2019, avaient été examinées et analysées, et il en ressortait qu'elles n'apportaient aucun élément nouveau dont l'OAI n'aurait pas eu connaissance lors de sa prise de décision. Dès lors, ladite décision était confirmée.

15. Par recours du 13 janvier 2020, déposé le 15 janvier 2020, auprès du greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, le mandataire du recourant a conclu à l'annulation de la décision querellée, à l'octroi d'une rente d'invalidité ordinaire à partir du 1er septembre 2017 avec suite de frais et dépens, et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI afin de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

16. Le mandataire du recourant a demandé à plusieurs reprises l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours, en raison du fait qu'il avait des difficultés de communication avec son mandant qui ne parlait qu'albanais, langue que le mandataire ne maîtrisait pas et qui l'obligeait à recourir aux services d'un interprète, ce qui allongeait le temps de traitement du dossier.

17. En date du 24 mars 2020, l'OAI a répondu au recours, rappelant que le SMR avait pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, mais qu'il pouvait au besoin procéder à des examens médicaux sur la personne des assurés. Le SMR s'était prononcé sur l'ensemble des pièces médicales versées au dossier et retenait dans son rapport final du 10 septembre 2019 que l'activité de monteur en échafaudage n'était plus exigible, et que dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. Il se fondait sur les conclusions de l'hospitalisation à la CRR en août 2017, du rapport d'examen final de l'orthopédiste de la SUVA du mois de mai 2019 et de l'examen clinique par le Dr L_____, médecin-conseil de la

SUVA, du 27 mars 2019. Compte tenu de l'appréciation consciencieuse des preuves fournies, l'OAI considérait que d'autres mesures probatoires ne pourraient pas modifier cette appréciation, de sorte qu'il était superflu de mettre en place une expertise et que la décision querellée devait être confirmée.

18. Par courrier du 6 juillet 2020, le mandataire du recourant a informé la chambre de céans qu'après s'être entretenu avec son mandant, le recourant avait indiqué qu'il ne souhaitait pas répliquer à l'OAI.

19. En date du 29 janvier 2021, le mandataire du recourant a communiqué à la chambre de céans de nouveaux éléments et de nouvelles pièces, notamment un contrat de travail avec la société Alcyone solutions, pour une entrée en fonction, en date du 2 juillet 2020, en qualité de « Handyman », son décompte de salaire pour les mois de juillet et août 2020, un formulaire d'assurance de gain intermédiaire, un avis de sortie, et deux arrêts de travail. Il était indiqué que le recourant avait retrouvé sa pleine capacité de travail, au plus tard à la fin du mois de juin 2020, dans la mesure où il avait recommencé à travailler à partir du mois de juillet 2020, avec un taux d'occupation de 100% ; malheureusement, il avait été agressé, le 31 août 2020, par plusieurs individus et avait été hospitalisé durant 18 jours ; malgré les interventions des médecins, il allait probablement garder des séquelles à vie, notamment perdre la vue au niveau de l'œil gauche. Selon le dernier certificat médical du 9 décembre 2020, il était prévu qu'il pourrait reprendre le travail à partir du 1er mars 2021, ce qui n'était pas certain en raison de son état psychologique. Dès lors que le recourant avait retrouvé sa capacité de travail, au plus tard à la fin du mois de juin 2020, une modification des conclusions prises dans le cas de son recours semblait nécessaire. Il souhaitait donc bénéficier d'un délai supplémentaire pour prendre une décision définitive, mais si ce délai ne lui était pas accordé, il se rapporterait à justice quant aux conclusions prises dans son recours, notamment l'octroi d'une rente d'invalidité.

20. Par courrier du 1er mars 2021, l'OAI a dupliqué, rappelant que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales appréciait la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative, les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation devant faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. En l'espèce, l'OAI considérait que les nouveaux documents produits par le conseil du recourant concernaient les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse et excédaient, dès lors, l'objet du présent litige ; ils devaient, cas échéant, faire l'objet d'une nouvelle procédure administrative. De plus, ils n'étaient pas liés à l'objet initial, ce qui empêchait une extension de l'objet du litige. Était joint à la duplique un avis médical du SMR, daté du 22 février 2021, dans lequel la doctoresse P_____ se prononçait sur les pièces transmises et considérait que toutes les pièces médicales relevant de l'accident intervenu le 31 août 2020 étaient postérieures à la décision du 25 novembre 2019 et qu'il fallait donc se fonder sur la précédente appréciation du SMR, avant l'accident, qui demeurait valable.

21. Par courrier du 15 avril 2021, le mandataire du recourant a informé la chambre de céans qu'il avait fixé plusieurs rendez-vous à son mandant, afin de discuter du sort du recours, mais que celui-ci ne s'était pas manifesté. Dès lors, il n'y avait pas de nouveaux éléments à transmettre et aucun commentaire au sujet de la dernière écriture de l'OAI. Le mandataire n'avait d'autre choix que de persister dans les termes de son recours et de l'écriture soumise à la chambre de céans en date du 29 janvier 2020.

22. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

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

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était pendant, au 1er janvier 2021, devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012, entraînent la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

   Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références).

   En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 25 novembre 2019, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

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

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le refus de toute prestation d'invalidité en faveur du recourant.

7. 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).

   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).

8. a. 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).

   b. 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 psycho-social 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).

c. 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'assurance-invalidité, 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).

d. Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d’évaluation normative et structurée si elle n’est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu’il n’existe aucun indice en faveur d’une incapacité de travail durable ou lorsque l’incapacité de travail est niée sous l’angle psychique sur la base d’un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d’éventuelles appréciations contraires n’ont pas de valeur probante du fait qu’elles proviennent de médecins n’ayant pas une qualification spécialisée ou pour d’autres raisons (arrêt du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l’absence d’un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n’a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).

9. 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).

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

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

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

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

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

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

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

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

10. 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. À 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).

11. 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).

12. 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).

13. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

14. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 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).

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

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.

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

Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards - ou n'en suit pas exactement la structure - ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder

définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies - le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux - permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

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

e. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

h. 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).

i. 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).

j. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il

incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

15. 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).

16. a. 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).

    b. 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). À 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. À défaut, il se justifie, juridiquement, de s'en écarter (ATF 145 V 361 consid. 4.3 et la référence).

c. 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).

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).

17. 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).

18. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

19. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la

simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

20. Il convient préalablement d'établir quel est l'état de fait qui doit être retenu dans la présente cause, compte tenu des éléments dont le mandataire du recourant a informé la chambre de céans, par courrier du 29 janvier 2021, soit un changement de situation après que la décision querellée ait été rendue. Dans ledit courrier, il est exposé, d'une part, que le recourant a retrouvé sa pleine capacité de travail, au plus tard à la fin du mois de juin 2020, dans la mesure où il a commencé à travailler à partir du mois de juillet 2020 à un taux d'occupation de 100%, et d'autre part, que le recourant a subi une violente agression en date du 31 août 2020, ce qui a conduit à son hospitalisation et à la possibilité qu'il garde des séquelles à vie notamment au niveau de la vision de l'œil gauche.

    Le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ils doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005).

    En l'occurrence, le fait que le recourant annonce qu'il a pu reprendre un travail à 100%, à partir du mois de juillet 2020, est étroitement lié à la décision querellée, datant du 25 novembre 2019 et qui, précisément, conclut que le recourant peut effectuer, malgré ses troubles de la santé, une activité raisonnablement exigible à plein temps. Ce fait nouveau est de nature à confirmer l'appréciation de l'intimé sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée et sera donc pris en considération par la chambre de céans.

    En revanche, l'agression dont le recourant dit avoir fait l'objet, le 31 août 2020, est sans rapport avec les faits traités dans la décision querellée et ne sera pas prise en compte.

Étant précisé que le recourant, en fonction des troubles de la santé dont il souffre suite à l'agression, peut déposer une nouvelle demande de prestations d'invalidité.

21. En l'espèce, le recourant reproche à l'intimé de n'avoir pas pris en compte le résultat de la consultation ambulatoire de la douleur, effectuée par les HUG en date du 25 mars 2019 et le certificat médical du Dr M_____, signé du 24 septembre 2019, qui conclut que la capacité de travail du recourant se trouve fortement limitée par les nombreux troubles de la santé constatés.

    Cette affirmation est toutefois inexacte, dans la mesure où il apparaît clairement dans l'avis médical du 10 septembre 2019 du SMR que l'OAI a pris en compte les résultats de la consultation ambulatoire de la douleur, le rapport du Dr M_____, ainsi que le rapport du médecin traitant de l'assuré, le Dr C_____.

    Le Dr O_____ du SMR a fait un résumé des différents rapports médicaux, dont ceux cités *supra* et les a comparés aux rapports rendus par les médecins d'arrondissement de la SUVA, soit le Dr N_____, pour les troubles somatiques, et le Dr L_____, pour les troubles psychiques. Selon les conclusions du SMR, la différence d'évaluation entre les médecins de la SUVA et les médecins traitants serait liée à une différence de critères d'appréciation de la situation, les médecins traitants intégrant les facteurs psychosociaux dans la prise en charge de leurs patients.

    Or, les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, 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.

    Les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur ont noté, dans leur rapport du 25 mars 2019, que les plaintes du recourant étaient décrites en des termes en faveur d'une atteinte neuropathique ou de sensibilisation centrale et s'inscrivaient dans une dimension émotionnelle.

    S'agissant du Dr M_____, il a constaté dans son rapport du 9 mai 2019, une amélioration du syndrome dépressif, les mesures thérapeutiques étant stationnaires avec un pronostic de possible diminution des douleurs neuropathiques.

    En ce qui concerne les médecins-conseils, le Dr L_____ a relevé dans son rapport du 27 mars 2019 qu'il existait des incohérences dans le dossier et qu'il y avait à l'examen une très nette majoration de la symptomatique, aussi bien physique que psychique, ajoutant que le rôle du contexte socioculturel de l'assuré était prépondérant dans la recherche d'un statut d'invalide. Le rapport d'examen neuropsychologique qui avait été effectué à la CRR lors de l'hospitalisation de l'assuré en 2017 montrait également le défaut de cohérence et l'amplification des plaintes.

    Le Dr N_____ a, quant à lui, considéré dans son rapport d'examen final du 14 mai 2019 que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles.

À l'issue de la comparaison entre les observations et les appréciations des médecins traitants et des médecins-conseils, le SMR a privilégié la crédibilité des appréciations des médecins-conseils de la SUVA.

Il n'est pas nécessaire d'examiner l'impact de la composante socioculturelle dans la présente cause pour admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les plaintes de l'assuré sont amplifiées, ce qui ressort de plusieurs rapports, dont notamment celui de la CRR et ce qui explique la différence d'appréciation entre les médecins traitants, qui se fondent essentiellement sur les plaintes subjectives du recourant, et les médecins-conseils, qui tendent à ne retenir que les éléments objectivement constatés.

À cela s'ajoute que, selon la jurisprudence, 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).

Il résulte de ce qui précède que les appréciations du SMR qui ont conduit l'OAI à prendre la décision querellée paraissent vraisemblables et sont objectivement soutenues par les constatations figurant dans les différents rapports médicaux.

Le fait que, postérieurement à la décision querellée, le recourant a été capable de retrouver une activité adaptée à 100%, à partir du mois de juillet 2020, ne fait que renforcer l'appréciation retenue par l'OAI qui doit être confirmée.

Dès lors que les faits susmentionnés présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves et la demande du recourant d'ordonner une expertise pluridisciplinaire sera écartée.

22. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

23. Il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique.
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	Philippe KNUPFER

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