

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1974, originaire du Portugal, au bénéfice d'un permis B, célibataire, père de trois enfants, nés en 1996, 1998 et 2004, qui vivent au Portugal. Il vit seul en Suisse depuis 2011.
 2. Alors qu'il travaillait comme peintre en bâtiment pour B_____ SA, son employeur a fait une déclaration d'accident à la SUVA, le 3 mai 2012, indiquant qu'à la suite d'un repas organisé par la société, le 1^{er} mai 2012, l'assuré, voulant déplacer des éléments gênants, avait trébuché et s'était cassé l'épaule gauche en tombant.
 3. Le docteur C_____ a procédé, le 2 mai 2012, à des radiographies sur l'assuré et constaté une fracture de l'extrémité latérale de la clavicule, associée à un léger diastasis acromio-claviculaire ainsi qu'à une augmentation de l'espace coraco-claviculaire évoquant une entorse sévère associée.
 4. Par décision du 8 août 2012, la SUVA a alloué des prestations pour les suites de son accident (indemnités journalières et prise en charge du coût du traitement médical).
 5. Selon un rapport d'échographie du 15 octobre 2012 du docteur D_____, médecin consultant du service de rhumatologie des Hopitaux Universitaire genevois (ci-après : HUG), l'assuré présentait des signes de tendinopathie des sus-épineux, du sous-épineux et, dans une moindre mesure, du tendon sous-scapulaire. Sous échoguidage, il avait infiltré une ampoule de Diprophos dilué dans 5 ml de Lidocaïne 1 %.
 6. À teneur d'un rapport médical du 28 novembre 2012, établi par la doctoresse E_____, médecin cheffe de clinique du service de rhumatologie des HUG, cette dernière avait vu l'assuré les 2 octobre et 13 novembre 2012. Les diagnostics étaient :
 - tendinopathie de la coiffe des rotateurs gauches sur une tendinopathie avec déchirure tendineuse du tendon sus-épineux gauche ;
 - et syndrome de la charnière dorsolombaire.
- À la suite de l'accident du travail avec une fracture de la clavicule gauche et d'une période d'immobilisation de l'épaule droite en écharpe, le patient décrivait l'apparition de douleurs clairement mécaniques à la mobilisation de l'épaule gauche, qui se situaient à la face latérale de l'épaule au niveau de l'omoplate, des cervicales de la colonne dorsale entre les omoplates. Il présentait une limitation de la mobilisation de l'épaule gauche de type antalgique. Les séances de physiothérapie n'avaient apporté qu'un soulagement minime.
7. Selon un résumé de séjour du 13 décembre 2012 établi par le service des urgences des HUG, le patient avait repris son travail à 50 % depuis plusieurs semaines, mais il avait toujours des douleurs. Il avait été adressé en rhumatologie par son médecin traitant pour évaluation.

-
8. Par rapport adressé au médecin-conseil de la SUVA le 31 janvier 2013, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré lui avait été adressé par les chirurgiens orthopédiques à la suite d'une prise en charge d'une fracture traumatique de la clavicule gauche. L'évolution des douleurs de l'épaule gauche et du membre supérieur gauche était très lentement favorable, mais il persistait une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche, en particulier lorsque les mouvements du membre supérieur dépassaient l'horizontalité. La patient souffrait de douleurs résiduelles post-traumatiques de l'épaule gauche avec une impotence fonctionnelle certaine. Il existait également un syndrome de la charnière dorsolombaire qui anamnestiquement était inexistant avant l'accident et qui avait probablement été aggravé par une relativement longue période d'arrêt de travail. L'état était non stabilisé. Comme facteurs étrangers, il relevait qu'il s'agissait d'un travailleur immigré d'origine portugaise, dont la famille et les enfants vivaient au Portugal. Il existait potentiellement une composante psychosociale défavorable sur laquelle il y avait peu de prise.
9. Le 18 février 2013, la SUVA a formé une demande d'admission à la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR) pour réadaptation orthopédique et traumatologie précoce, évaluation et traitement de troubles psychosomatiques et évaluation des capacités fonctionnelles.
10. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 13 mars au 9 avril 2013 pour une rééducation et une évaluation multidisciplinaire dix mois après une chute ayant provoqué une fracture de la clavicule gauche traitée conservativement, avec persistance des lombalgies et des douleurs à la hanche gauche. Selon le rapport de la CRR du 23 avril 2013, il avait été procédé à un status local d'entrée et un status de sortie, à des tests fonctionnels : Pile test 7.5 kg. Test des bras tendus devant soi 60 secondes. Force de préhension au 2^{ème} cran du Jamar 40 kg à gauche, 50 kg à droite, et aux bilans et investigations suivants :
- électro-neurosmyographie
 - avis spécialisé pour le rachis
 - ultrason de l'appareil locomoteur
 - rapport final des ateliers professionnels
 - examen neuropsychologique
 - mini-ECF
 - rapport de physiothérapie
 - IRM de la colonne lombaire
 - IRM de la colonne dorsale
 - IRM cérébrale
 - RX de la colonne lombaire
 - RX de la clavicule gauche
 - bilan sanguin

Il était indiqué sous « appréciation et discussion » qu'à l'entrée, les plaintes et limitations fonctionnelles du patient étaient des douleurs supéro-externes de

l'épaule gauche au repos qui pouvaient augmenter à la mobilisation de l'épaule, principalement de type picotement, qui irradiaient tout le long du trapèze jusqu'à la racine du cou et en direction du bord médial de l'omoplate. Le patient signalait également des douleurs de la charnière dorsolombaire et de la hanche gauche à la mobilisation. Les rachialgies étaient apparues environ deux mois après l'accident en association à des fourmillements à la surface plantaire du pied gauche et à la surface palmaire de la main gauche. Les radiographies de la clavicule montraient une fracture consolidée. Les radiographies de la colonne lombaire mettaient en évidence une discrète scoliose lombaire à convexité gauche. L'IRM de contrôle du rachis dorsolombaire montrait une minime dégénérescence discale L3-L4 et une ébauche de protrusion discale circonférentielle postérieure. Les diagnostics suivants avaient été posés au cours du séjour :

- sur le plan orthopédique : tendinopathie chronique du moyen fessier gauche ;
- sur le plan psychiatrique : aucun ;
- sur le plan neurologique : TCC léger et signes d'une irritation radiculaire probablement en L5.

Les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour, cependant des facteurs contextuels influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient qui était centré sur les douleurs, sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles et avait le sentiment de ne pas être pris en charge correctement du point de vue médical. Le traitement antalgique composé de Brufen, Tramal, Zalidar et Dafalgan avait permis un contrôle partiel des douleurs. Il n'y avait pas eu d'évolution subjective et objective significative. La participation du patient aux thérapies avait été considérée comme moyenne. Aucune incohérence n'avait été relevée. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues :

- port de charges lourdes ;
- mise en contrainte majeure du rachis ;
- travail prolongé en hauteur et répétitif de l'épaule gauche.

La situation était stabilisée du point de vue médical concernant les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche mais pas s'agissant du rachis et de la hanche gauche. Il était proposé une poursuite ambulatoire des séances de physiothérapie à visée d'amélioration de la fonction musculaire et d'antalgie. Une stabilisation médicale était attendue dans le délai de trois mois et aucune nouvelle intervention n'était proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison des facteurs non médicaux présents : soit un patient centré sur la douleur, sous-estimant ses aptitudes fonctionnelles, manquant de connaissances de la langue française et de l'usage des outils informatiques ainsi que d'une formation certifiée.

Les conclusions de la CRR étaient fondées sur les rapports :

- du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, médecin associé de la CRR, du 8 avril 2013, qui avait indiqué, notamment, sous « status neurologique détaillé » que le patient était arrivé à l'heure à l'endroit convenu et que sa tenue vestimentaire et son hygiène étaient correctes. Il s'exprimait avec un fort accent portugais dans un français moyen. Le cours et le contenu de la pensée étaient « sp ». Il ne montrait pas de signes d'anxiété. Il avait examiné la tête et le cou, les nerfs crâniens, les réflexes, le système moteur et de coordination, la station debout et la marche ainsi que la sensibilité. Il avait procédé à une neurographie, mais pas à une électrographie. Ce médecin concluait que l'assuré avait probablement eu un traumatisme crânien de degré léger au moment de son accident, ce qui était caractérisé par une légère amnésie pré et post-traumatique de quelques minutes et une probable perte de connaissance. De cela, il gardait essentiellement des douleurs cervicales gauches qui irradiaient depuis l'angle inférieur de l'omoplate gauche et jusque dans la région occipitale gauche. L'assuré déclarait des difficultés de concentration et de mémoire qui étaient cependant peu détaillées. A la recherche d'une lésion post-traumatique, il proposait une IRM cérébrale et un examen neuropsychologique avec un interprète portugais. Au niveau du membre inférieur gauche, l'on retrouvait quelques signes d'une irritation radiculaire probablement en L5, cependant sans aucun signe pour un déficit neurologique ni pour une irritation actuelle (signe de Lasègue négatif). Il n'y avait pas non plus de signe pour un canal tarsien. Il proposait une approche conservatrice, notamment avec un traitement axé sur les douleurs musculaires à l'omoplate gauche, ou, en cas de persistance, des injections de Botox.
- de la doctoresse H_____, de l'Institut de Radiologie de Sion, qui avait procédé à une IRM cérébrale et à une angio-IRM des vaisseaux intracrâniens le 8 avril 2013 et constaté que l'IRM cérébrale était dans les limites de la norme et qu'il n'y avait pas de signe de lésion hémorragique intra ou extra-axiale.
- du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, médecine du sport SSMS, chef de service à la CRR, qui a notamment relevé, le 22 mars 2013, que dans la mesure où les douleurs n'étaient apparues qu'à distance de l'accident, un lien de causalité entre ce dernier et les douleurs dorsolombaires restait discutable.
- de la doctoresse J_____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, médecin associé de la CRR, a indiqué, le 22 mars 2013, avoir procédé à un ultrason de la péri-hanche gauche et que l'examen de la région trochantérienne gauche était dans la norme à l'exception de quelques érosions corticales témoignant probablement d'une tendinopathie chronique.

- de Monsieur K_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP de la CRR, qui a indiqué avoir procédé à un examen neuropsychologique de l'assuré, les 26 et 28 mars 2013, portant sur : langage, praxies, gnosies, mémoire, fonctions exécutives et fonctions attentionnelles. Le patient était bien orienté aux trois modes, collaborant de son mieux malgré les douleurs ressenties, adéquat, ni ralenti, ni fatiguable. Spontanément, il s'était plaint de douleurs localisées dans l'hémicorps gauche (tête, nuque, bras, jambes et dos). À la demande, il avait mentionné une baisse de ses capacités mnésiques et de concentration qu'il mettait en lien avec les douleurs ressenties. Il gérait de manière autonome ses affaires financières, avait repris son activité à 50 % et quelques activités sportives (ping-pong, vélo jusqu'à une heure). L'examen neurologique avait mis en évidence une légère baisse attentionnelle affectant d'une part le rendement à certaines épreuves chronométrées verbales et non verbales et d'autre part l'apprentissage en mémoire verbale sans oubli significatif en rappel différé. Par ailleurs, les fonctions langagières, practo-gnosiques, mnésiques à court terme et la mémoire visuelle, de même que les fonctions exécutives étaient globalement préservées. Les déficits objectivés étaient à mettre en lien avec les douleurs ressenties qui entravaient une allocation optimale des ressources attentionnelles. Le patient avait été informé et reconnaissait bien l'effet délétère des douleurs. Le tableau neuropsychologique était rassurant quant au réel potentiel du patient.
- de Madame L_____, physiothérapeute diplômée, qui a relevé, à la suite de son évaluation du 25 mars 2013, que la volonté du patient de donner le maximum aux différents tests était considérée comme réelle et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation avait été élevé. Elle avait observé que sa connaissance des techniques de travail ergonomique était moyenne et, pendant l'évaluation, des frottements/soutiens de la zone douloureuse (nuque, épaule gauche, charnière dorsolombaire) et des plaintes très fréquentes et spontanées de douleurs. Les performances réalisées avaient été obtenues au terme de deux semaines de rééducation fonctionnelle à la CRR.
- de Monsieur M_____, physiothérapeute diplômé, qui a mentionné sous « ponctualité et collaboration » : moyenne, la prise en charge en physiothérapie avait été quelque peu perturbée en raison de l'impossibilité d'effectuer la plupart des thérapies passives (massages, thérapies manuelles, mobilisation articulaire) en raison de l'extrême sensibilité au contact, même léger.
- Le rapport du service de réadaptation professionnelle, du 28 mars 2013, indique que l'assuré avait participé aux ateliers professionnels du 15 mars au 5 avril 2013. Il maîtrisait les connaissances de base en français oral, mais avait des difficultés de compréhension lors des entretiens. L'écrit n'avait pas été testé. Il s'était montré collaborant et ponctuel. Il avait allégué de

multiples plaintes qui ne l'avaient pas empêché de fonctionner dans des activités légères. Les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle liés au handicap étaient les limitations fonctionnelles de l'épaule gauche et un patient se déclarant très algique. Le manque de connaissance de la langue française et des outils informatiques risquaient également de le pénaliser. L'assuré avait essentiellement travaillé en tant que peintre en bâtiment d'abord au Portugal puis en Suisse. Il n'envisageait pas, en l'état actuel, un retour dans son activité antérieure de peintre en bâtiment et pensait qu'un emploi dans la production horlogère serait plus adapté à sa situation. L'évaluation s'était portée uniquement sur des activités simples et légères durant lesquelles l'assuré travaillait normalement.

11. L'assuré a requis, le 26 septembre 2013, des prestations de l'assurance invalidité (ci-après : AI), en raison d'une incapacité de travail à 100 %, liée à des douleurs dues à un accident, survenu le 1^{er} mai 2012.
12. Le 9 janvier 2014, B_____ SA a indiqué à l'OAI que l'assuré avait exercé, avant son atteinte à la santé, l'activité de peintre à raison de huit heures par jour et de 42 heures par semaine pour un salaire annuel de CHF 54'803.25 depuis le 2 janvier 2012. Le salaire horaire total y compris les indemnités et la gratification était de CHF 33.80 l'heure. Ce salaire correspondait au rendement. L'assuré gagnerait à ce jour le même salaire qu'avant son accident.
13. Dans un rapport médical intermédiaire du 23 janvier 2014, le Dr F_____ mentionnait comme diagnostic un syndrome douloureux chronique et une tendinopathie de l'épaule gauche. Il n'y avait pas d'évolution. Le patient se plaignait de douleurs. Le pronostic était réservé : chronicisation. Le contexte social difficile pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le patient avait de la peine à travailler avec les bras au-dessus des épaules. Il était difficile pour un peintre de ne pas le faire.
14. Selon un rapport du Centre d'Évaluation Professionnelle du 9 février 2015, relatif à un stage effectué du 12 janvier au 6 février 2015, l'assuré présentait de nombreuses difficultés. Son temps de présence hebdomadaire n'avait jamais pu atteindre 40 heures. Il était présent entre 25 à 35 heures par semaine. Son rendement en temps était de 50 % et tendait à baisser dès la seconde partie de la journée. Ralenti et pris par ses douleurs, sa concentration était également diminuée. D'autant plus fatigué dès le milieu de la semaine, il fallait lui fournir des activités simples d'exécution, sans gestes en force ou mouvement important des épaules. De plus, il se plaignait au quotidien de douleurs physiques (tête, épaule et hanche côté gauche) sous forme de répétition automatique de ses propos. L'assuré présentait des signes de difficultés visuelles qui nécessitaient un contrôle. Son manque d'outils et de méthodes pour ses recherches d'emploi étaient significatives. L'aide sociale (financière, alimentaire, etc.) dont il bénéficiait, impactait sur son moral. Au vu des observations faites, son état de santé n'était actuellement pas compatible avec une activité du premier marché.

15. La SUVA a mis fin à ses prestations, par décision du 28 février 2014, avec effet au 30 juin 2014, au motif que son état de santé était maintenant stabilisé en ce qui concernait les troubles imputables à son accident du 1er mai 2012.
16. Le Dr F_____ a informé l'OAI, le 10 avril 2014, que l'assuré avait été vu pour la dernière fois à la consultation ambulatoire de rhumatologie des HUG le 20 décembre 2013. Il n'était donc pas en mesure de répondre aux questions du formulaire qui lui avait été transmis et lui suggérait de s'adresser au médecin traitant de l'assuré.
17. Le 25 juillet 2014, l'OAI a transmis à l'assuré un projet de décision lui refusant une rente d'invalidité en se fondant sur l'avis de son service médical, du 19 mai 2014, qui constatait que sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles depuis le 9 avril 2013.
18. Le 15 septembre 2014, l'assuré s'est opposé à ce projet.
19. Par décision du 2 février 2015, l'OAI a rejeté la requête de l'assuré. Sur la base des renseignements médicaux et professionnels figurant à la procédure, son atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail totale dans sa profession de peintre en bâtiment depuis le 1^{er} mai 2012 et une capacité de travail totale dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles et ce, depuis le 9 avril 2013. L'OAI avait en conséquence procédé à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. S'agissant du revenu avec invalidité, il avait été établi en référence au tableau TA1, tous secteurs confondus (totale) de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) qui indiquait un salaire annuel brut de CHF 62'672.- pour une activité de niveau 4 (activités simples et répétitives). En raison des limites fonctionnelles de l'intéressé et du fait que seule une activité légère était possible, ce montant avait été réduit de 10 %, ce qui ramenait le salaire annuel brut à CHF 56'404.-. Les autres critères admis par la jurisprudence ne permettaient pas de réduction supplémentaire. S'agissant du revenu sans invalidité, le salaire annuel brut de CHF 55'204.- avait été retenu, selon les données communiquées par le dernier employeur de l'assuré. La comparaison des salaires démontrait qu'il n'y avait pas de perte de gains pour l'assuré et que, par conséquent son degré d'invalidité était de 0 %. Le diagnostic retenu était clair, une instruction médicale complémentaire n'était pas indiquée et il n'y avait pas lieu de retenir un diagnostic de syndrome douloureux chronique, selon leur service médical. Sur demande écrite et motivée de l'assuré, l'OAI pourrait étudier son droit éventuel à une aide au placement dans le but d'un soutien actif pour une recherche d'emploi appropriée, soit par exemple, une aide pour établir des dossiers de candidature, rédiger des lettres d'accompagnement ou encore se préparer à des entretiens d'embauche et accompagnement au moment de l'embauche.
20. Le 13 février 2015, l'assuré a obtenu l'assistance juridique, avec effet au 11 février 2015, pour son recours formé devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice.

21. L'assuré a recouru contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 5 mars 2015. Il a relevé que la décision ne comportait pas d'indication sur les voies de droit et qu'il y avait lieu de se demander si elle n'était pas nulle de ce fait. L'OAI avait violé la maxime inquisitoire prévue par l'art. 43 LPGa en instruisant le dossier que de manière partielle. Selon les médecins qu'il avait consultés aux HUG, le diagnostic était un syndrome douloureux chronique. Il n'avait pas été évalué sur l'angle neuropsychologique de manière globale, mais uniquement en lien avec les suites de l'accident. Ces éléments commandaient un complément d'expertise psychiatrique et neuropsychologique. Il ressortait des dossiers de la SUVA et de l'AI qu'il connaissait des problèmes de concentration depuis l'accident et qu'il semblait apathique. Il était également fait mention de vertiges, de nausées, de problèmes de concentration, et de vue. Son médecin traitant actuel retenait un trouble de l'adaptation avec un état dépressif sous-jacent expliquant une douleur chronicisée. L'assuré concluait ainsi, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à l'audition des Drs N_____, F_____ et O_____ à ce qu'une expertise mettant en œuvre les spécialités rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique soit ordonnée. L'assuré concluait, principalement, à l'octroi des prestations de l'AI et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Il demandait la condamnation de l'OAI à tous les frais de l'instance, y compris une indemnité de dépens pour ses honoraires d'avocat et à sa dispense des frais de la procédure, étant précisé qu'il plaidait au bénéfice de l'assistance juridique.
22. Par complément de recours du 16 avril 2015, l'assuré a fait valoir que la doctoresse P_____, neurologue, consultée le 13 mars 2015, avait également évoqué un syndrome douloureux chronique, sans substrat neurologique pour expliquer la symptomatologie. Le Dr D_____, rhumatologue, avait également évoqué dans un rapport du 10 mars 2015 un syndrome douloureux chronique. En conséquence, l'assuré persistait dans ses conclusions et sollicitait également l'audition des Drs P_____ et D_____.

A l'appui de son écriture, il a produit :

- un rapport non signé adressé à l'assuré, le 13 mars 2015, sur un papier à entête du Dr O_____, comportant la mention manuscrite « consultation neurologique Dre P_____ », il est indiqué que lors de l'examen clinique, celle-ci avait retenu des troubles de la sensibilité sous forme d'hyperesthésie au toucher sur l'ensemble de l'hémicorps gauche, sans déficit sensitif. Elle retenait également des douleurs à la palpation de la musculature crânienne, cervicale, dorsale et lombaire gauche. Le reste de l'examen neurologique était normal. Les céphalées postérieures gauches étaient en relation avec la crispation de la musculature dans ces mêmes régions chez un patient présentant un syndrome douloureux chronique. Il n'avait pas de substrat neurologique pour expliquer la symptomatologie d'hyperesthésie de

l'hémicorps gauche, sans déficit associé. Elle s'inscrivait dans un contexte de douleur de cet hémicorps. Il n'y avait pas, à son avis, d'autre investigation neurologique à proposer. Sur le plan antalgique, un traitement antidépresseur visant à moduler le seuil de perception de la douleur serait indiqué. Le patient avait mal toléré par le passé le Cymbalta.

- et un rapport du 10 mars 2015, le Dr D_____, rhumatologue FMH au Centre médical de Cressy, indiquant, sur son propre papier à entête, que le status de l'assuré était compatible avec les évaluations des médecins consultés précédemment (Drs F_____, I_____, Q_____) et parlait en faveur d'un syndrome douloureux chronique. Au vu des différentes modalités thérapeutiques tentées, il ne fallait pas s'attendre à une amélioration des douleurs du patient avec des interventions médicales. Il y avait donc une incapacité de travail chronique, même à un poste adapté (sans port de charges de plus de 10 kg) à environ 70 %, avec un rendement de 50 % et une baisse de la concentration, qui limitait la prise de responsabilité et les possibilités de reconversion professionnelle.

23. Dans sa réponse du 15 mai 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il avait suivi, à juste titre, les conclusions de l'expertise de la CRR qui devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Les rapports médicaux figurant au dossier n'établissaient aucun lien objectif entre les douleurs alléguées et une affection d'origine somatique que les examens pratiqués auraient permis de mettre en évidence. Les documents produits par l'assuré à l'appui de son recours ne permettaient pas de remettre en question les conclusions de l'OAI, mais tendaient, au contraire, à les confirmer.

L'intimé a produit à l'appui de sa réponse, un avis médical du SMR du 4 mai 2015, qui concluait que les nouveaux documents reçus du recourant ne faisaient que confirmer l'absence de toute atteinte médicale. De plus, le faible traitement médicamenteux antalgique signalait une faible intensité de la demande de traitement de l'assuré.

24. Par réplique du 30 juin 2015, le recourant s'est prévalu d'un rapport du Dr O_____ du 5 juin 2015 lequel estimait que, contrairement à ce que retenait le SMR, le patient souffrait de diverses atteintes objectivées par des spécialistes. Il y avait bel et bien une base organique à une partie de ses plaintes. Par ailleurs, l'on ne pouvait pas parler de faible traitement médicamenteux antalgique. On ne pouvait considérer que l'assuré avait une faible demande de traitement vu les médecins consultés et l'augmentation de la médication. Compte tenu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux, il se justifiait d'ordonner une expertise ou de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire.

Le recourant a produit à l'appui de son écriture :

- un rapport du 5 juin 2015 établi par le docteur O_____, FMH en médecine interne générale de la Clinique et Permanence d'Onex, indiquant qu'il y avait

bel et bien une base organique à une partie des plaintes du patient en lien avec le traumatisme de 2012. Malheureusement, et surtout, la majorité de ses plaintes, ne trouvait pas de causes physiques et rentrait surtout dans le contexte d'une évolution en syndrome douloureux chronique. Les plaintes du patient étaient des céphalées, des paresthésies de l'hémicrâne G et globalement de tout l'hémicorps G, ainsi que la sensation de manque de force dans l'hémicorps G pour lesquelles on ne trouvait pas de substrat. Le patient décrivait également une difficulté importante de concentration, avec un bilan neuropsychologique normal, et la conclusion de difficultés attentionnelles en relation avec le fait que le patient restait centré sur ses douleurs. Il avait demandé un suivi indépendant auprès du Dr D_____, rhumatologue et de la Dresse P_____, neurologue. Leurs avis allaient dans le même sens que les différentes expertises. A son avis personnel, la reprise d'une activité salariée serait bénéfique au long terme, du moment qu'on arrivait à proposer quelque chose qui évitait les manipulations de charges de plus de 10 kg et les gestes répétitifs. Le patient était actuellement au bénéfice d'un traitement de Citalopram 30 mg/j (antidépresseur), de Sirdalud retard 6 mg au coucher (décontractant musculaire) et de Prégabaline 25 mg 2x/j (douleurs chroniques neuropathiques notamment). Les doses de Citalopram et Sirdalud étaient adéquates, par contre la Prégabaline était à des doses très faibles, avec une tentative d'augmentation dès le 4 juin. Le patient était ouvert au suivi psychiatrique actuellement et la prise en charge se faisait par la Doctoresse R_____ au CAPPI Jonction. Dans ce genre de situation les interventions médicales montraient un succès malheureusement limité et la chronicisation du cas ne jouait pas en faveur du patient dans l'optique d'une réinsertion professionnelle. Il était important qu'il puisse vivre son quotidien sans être centré sur ses plaintes. Un essai de réinsertion à temps partiel serait une option, avec une activité fractionnée par exemple de deux heures le matin et deux heures l'après-midi dans deux postes différents avec une majoration progressive du temps de travail.

- ainsi qu'un rapport non signé adressé à l'assuré, le 26 février 2015, sur un papier à entête du Dr O_____, comportant la mention manuscrite « consultation Rhumatologie Dr F. D_____ », il est indiqué que le large bilan somatique entre les différents spécialistes était cohérent et qu'il n'avait pas de nouvel examen paraclinique à proposer. Le diagnostic de syndrome douloureux chronique était clair. Il avait tenté d'expliquer ce diagnostic au patient, mais en raison de son niveau de compréhension et d'introspection, ce dernier avait du mal à comprendre que ces fortes douleurs n'étaient pas liées à une lésion anatomique. Sur le plan assécurologique, il devait voir un psychiatre parlant sa langue pour évaluer les comorbidités psychiatriques éventuelles. La physiothérapie antalgique permettait un soutien mais ne résoudrait pas les douleurs. Il fallait encourager la reprise d'une activité adaptée en visant un 80 %. Un 100 % lui paraissait illusoire à moyen terme.

25. Par duplique du 20 août 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions, précisant qu'une mise en œuvre de mesures d'investigation complémentaires était superflue, sur la base d'un rapport du SMR indiquant que les nouveaux éléments reçus du recourant n'apportaient aucun élément médical objectif permettant de s'écarter des conclusions précédentes.
26. Le 7 septembre 2015, le recourant a transmis à la chambre de céans un préavis médical du Dr S_____ du 9 juin 2015, dont il ressortait que ce médecin ne partageait pas le point de vue du SMR, s'agissant de sa capacité. Ainsi, il se justifiait d'ordonner une expertise psychiatrique.
27. Selon un préavis médical du 9 juin 2015, rédigé par le docteur S_____, médecin généraliste FMH, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi, chargé d'évaluer l'aptitude au placement de l'assuré, qu'il avait vu le 9 juin 2015, celui-ci était en incapacité de travail, depuis 2014 en tout cas, de manière définitive s'agissant de la dernière activité exercée, mais l'on pourrait exiger de lui qu'il exerce une autre activité respectant ses limites. Sa mobilité du dos était limitée. Il pouvait lever, porter ou déplacer des charges de 5 kg au maximum, mais ne pouvait pas se positionner à genoux, incliner le buste, être en position accroupie, se déplacer sur un sol irrégulier et travailler en hauteur. Il devait pouvoir alterner les postures par période d'environ 30 minutes à une heure en position assise et debout. Il semblait que les différentes limitations physiques soient très liées à l'état psychique altéré de l'assuré, dont l'évaluation et la prise en charge n'étaient qu'assez récentes. Actuellement, il pourrait travailler éventuellement dans un poste adapté, pour autant que les restrictions précitées soient respectées et qu'il s'agisse de tâches très simples. Il aurait ainsi une capacité de travail de 50 à 70 %, avec un rendement de 50 % par rapport à tout pourcentage de travail effectif et ce, sous réserve d'une évaluation psychiatrique spécialisée, à court ou moyen terme.
28. Par courrier du 8 février 2016, la chambre de céans a posé des questions complémentaires au Dr F_____, qui a répondu ne pas être en mesure d'y répondre car il n'avait pas vu l'assuré à sa consultation depuis le 20 décembre 2013.
29. Par courrier du 7 mars 2016, la chambre de céans a demandé au Dr F_____ de bien vouloir, en lien avec son rapport 23 janvier 2014 dans lequel il mentionnait comme diagnostics un syndrome douloureux chronique et un tendinopathie de l'épaule gauche, de répondre à la question de savoir si l'on pouvait en déduire que les douleurs de l'assuré n'étaient plus en lien avec le traumatisme subi en 2013 et qu'elles n'avaient plus de base organique. Le Dr F_____ a répondu, le 15 mars 2016, que comme dans toutes affections psychosomatiques, il y avait un mélange de plusieurs facteurs causals. Le patient n'aurait sans doute pas présenté les douleurs qui étaient les siennes sans l'accident en question. Il y avait donc bel et bien un lien avec un traumatisme et une base organique. L'évolution chronique avait toutefois sans doute été favorisée par d'autres éléments, dont notamment un contexte social difficile.

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

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A 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. 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 ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de la LAI.

6. Le recourant invoque que la décision ne comportait pas d'indication sur les voies de droit et qu'il y avait lieu de se demander si elle n'était pas nulle de ce fait.

7. Selon l'art. 49 al. 3 LPGA les décisions indiquent les voies de droit et la notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé.

La notification irrégulière d'une décision n'a pas pour effet d'empêcher indéfiniment le délai de recours de courir, et n'est de surcroît pas nécessairement nulle. Chacun sait en effet que les décisions deviennent définitives si elles ne sont pas attaquées dans un certain délai; l'absence de toute indication incite naturellement à se renseigner sans attendre. La règle de la bonne foi s'applique aussi au justiciable et il ne saurait être protégé en cas de faute lourde de sa part. On ne peut donc pas admettre, en pareille situation, qu'un recours soit déposé dans n'importe quel délai (ATF 121 II 72 consid. 2a; ATF 119 IV 330 consid. 1c et la jurisprudence citée). Cela signifie notamment qu'une décision, fût-elle notifiée de manière irrégulière, peut entrer en force si elle n'est pas contestée dans un délai raisonnable (SJ 2000 I p. 118; ATF non publié 8C_557/2009 du 28 août 2009, consid. 3). La protection garantie par la loi est en effet réalisée lorsqu'une notification objectivement irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il convient donc d'examiner,

dans les circonstances concrètes du cas d'espèce, la question de savoir si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et si elle a, de ce fait, subi un préjudice. À cet égard, il y a lieu de s'en tenir aux règles de la bonne foi, qui imposent une limite à l'invocation d'un vice de forme (cf. ATF 111 V 150 consid. 4c et les références ; RCC 1989 p. 192 consid. 2a et les références ; ATFA non publié K 140/04 du 1er février 2005, consid. 3.1).

8. En l'espèce, l'assuré a pu exercer son droit de recours dans le délai légal, malgré le fait que la décision ne comportait pas de droit de recours. Cette lacune ne lui a ainsi causé aucun préjudice et ne rend pas nulle la décision querellée.
9. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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).
10. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les

altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p.182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

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

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

Il n'y a pas lieu d'examiner la situation d'un patient sous l'angle de la jurisprudence relative aux troubles sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique, lorsqu'aucune pièce médicale au dossier ne laisse apparaître qu'il a fait l'objet d'un diagnostic relevant de cette sphère pathologique (ATF 141 V 281 consid. 2.1. p. 285). Même si le patient souffre de douleurs chroniques dont l'importance n'est pas corrélée avec les constatations objectives mises en évidence sur le plan clinique, l'application de la jurisprudence précitée est exclue lorsque les douleurs trouvent leur origine dans une affection somatique objective (arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2015 du 24 mars 2016).

12. 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).

13. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
14. 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).
15. a. 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.

b. 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).

c. 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. Etant 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).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

e. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; arrêt du Tribunal fédéral 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).

16. a. 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).

b. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent

qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'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).

17. Selon une jurisprudence constante, 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). Les faits survenus postérieurement 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 consid. 5).
18. Le recourant fait valoir, en substance, dans son recours et sa réplique, que les médecins des HUG avaient posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique et qu'une expertise psychiatrique devait, en conséquence, être ordonnée, compte tenu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de trouble somatoforme douloureux.

Le Dr T_____ a précisé, le 15 mars 2016, au sujet de son diagnostic de syndrome douloureux chronique, que les douleurs du patient avaient partiellement une base organique liée à l'accident et que l'évolution chronique de son état de santé avait sans doute été favorisée par d'autres éléments extra-traumatiques, dont notamment un contexte social difficile, ce qu'il avait déjà relevé les 31 janvier 2013 et 23 janvier 2014.

Il confirmait ainsi les conclusions de la CRR, qui avait retenu que les plaintes et limitations s'expliquaient partiellement par les lésions objectives constatées et que des facteurs contextuels, non médicaux, influençaient négativement les aptitudes fonctionnelles du patient, soit notamment le fait qu'il était centré sur ses douleurs et avait le sentiment de ne pas être pris en charge correctement du point de vue médical.

Le Dr O_____, médecin traitant du recourant, estimait également, dans son rapport du 5 juin 2015, qu'il y avait une base organique à une partie des plaintes du patient.

Au vu de ces constatations médicales, il y a lieu de retenir que les douleurs du recourant ont pour origine une affection somatique objective. Or, selon la

jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C_371/2015 du 24 mars 2016), dans ce cas de figure, il n'y a pas lieu de retenir un trouble somatoforme douloureux, quand bien même une partie des plaintes du patient ne peut être attribuée à l'atteinte organique subie.

Aucune pièce médicale au dossier ne laisse sérieusement apparaître que le recourant a fait l'objet d'un diagnostic relevant de la sphère pathologique des troubles sans pathogénèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique. Le fait qu'après la décision querellée, le recourant aurait entamé un suivi psychiatrique - ce qui n'a été confirmé par aucun certificat médical d'un psychiatre - ne permet pas de retenir qu'un tel diagnostic a été posé.

L'avis médical du Dr S_____ - qui a indiqué dans un rapport du 9 juin 2015 qu'il semblait que les différentes limitations physiques du recourant étaient très liées à son état psychique altéré dont l'évaluation et la prise en charge n'étaient qu'assez récentes - ne permet pas non plus de retenir un tel diagnostic, dans la mesure où ce médecin n'est pas psychiatre et que son rapport est postérieur à la décision querellée, qui a été rendue le 2 février 2015.

Il résulte, au contraire, des conclusions de la CRR et du Dr F_____ que des facteurs psychosociaux expliquent une partie des douleurs du patient et de ses difficultés à réintégrer le monde du travail.

Au vu des considérations qui précèdent, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise psychiatrique.

19. Le recourant estime que la CRR ne l'a pas évalué sous l'angle neuropsychologique de manière globale, mais uniquement en lien avec les suites de l'accident.

À teneur du rapport de la CRR, l'assuré a, au contraire, fait l'objet d'un examen neurologique détaillé et complet par un spécialiste FMH en neurologie et un psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. La CRR a retenu que les déficits objectivés étaient à mettre en lien avec les douleurs ressenties qui entravaient une allocation optimale des ressources attentionnelles.

L'avis médical de la Dresse P_____ du 13 mars 2015, produit par le recourant, ne remet pas en cause les conclusions de la CRR, dès lors qu'elle a, notamment, relevé qu'il n'y avait pas de substrat neurologique pour expliquer la symptomatologie d'hyperesthésie de l'hémicorps gauche, sans déficit associé, qui s'inscrivait dans un contexte de douleur de cet hémicorps, et qu'il n'y avait pas, à son avis, d'autre investigation neurologique à proposer.

Il ne se justifie donc pas d'ordonner une expertise neurologique complémentaire.

20. Il y a encore lieu de déterminer si une expertise rhumatologique ou orthopédique doit être ordonnée.

Selon les conclusions de la CRR, le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable, en raison des facteurs médicaux retenus après l'accident, et le

pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était défavorable en raison de facteurs non médicaux, soit un patient centré sur la douleur, sous-estimant ses aptitudes fonctionnelles, manquant de connaissances de la langue française et de l'usage des outils informatiques ainsi que d'une formation certifiée.

L'assuré a fait l'objet d'un examen approfondi par la CRR, dont les conclusions reposent sur les observations et analyses faites par un spécialiste en médecine physique et en réhabilitation et un rhumatologue. Il a également été observé dans des ateliers professionnels.

Les conclusions de la CRR sont, en outre, confirmées par celles du Dr F_____, qui a mentionné, le 23 janvier 2014, après avoir constaté la chronicisation des douleurs du patient, que le contexte social difficile pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison.

Selon l'avis médical du Dr S_____ du 9 juin 2015, la capacité de travail du recourant serait réduite dans une activité adaptée à ses limitations. Cet avis médical ne remet pas en cause les avis médicaux précités, sur les plans rhumatologique ou orthopédique, dès lors qu'il est postérieur à la décision querellée, émane d'un médecin généraliste et qu'il attribue les limitations physiques de l'expertisé à l'état psychique altéré de celui-ci.

Le rapport d'évaluation du 9 février 2015, relatif à un stage du 12 janvier au 6 février 2015, qui constate que l'assuré n'avait jamais pu atteindre 40 heures de travail par semaine, atteste de ses difficultés à reprendre un travail adapté à ses limitations à plein temps, mais n'est pas à même de remettre en cause les conclusions médicales de la CRR et du Dr F_____, selon lesquelles ces difficultés ne sont pas imputables à une atteinte à la santé.

Au vu des considérations qui précèdent, il y a lieu de retenir que l'expertise de la CRR a abouti à des résultats convaincants et qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Elle doit ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante et il ne se justifie pas donc pas d'ordonner un complément d'expertise rhumatologique ou orthopédique.

21. Il en résulte que c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'assuré a une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et sa décision du 2 février 2015 doit donc être confirmée, étant précisé que la comparaison des revenus avec et sans invalidité à laquelle il a procédé n'a pas été remise en cause par le recourant et n'appelle pas la critique.
22. Infondé, le recours sera rejeté.
23. Le recourant, qui succombe, ne sera pas condamné au paiement d'un émolument de jugement, dès lors qu'il est au bénéfice de l'assistance juridique (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

La présidente

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

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