

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2949/2022

ATAS/415/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Sarah BRAUNSCMIDT SCHEIDEGGER,
avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges
assesseurs**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1962, travaillait en qualité de mandataire commercial auprès de la banque B_____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la WINTERTHUR ASSURANCES SA, reprise en 2006 par AXA WINTERTHUR SA (ci-après : l'assurance-accidents).

b. L'assuré a été victime d'une chute de son scooter le 1^{er} novembre 2000. A la suite de cet accident, il a souffert notamment d'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Une réparation chirurgicale de la coiffe a eu lieu le 12 juin 2001, qui s'est compliquée d'une capsulite rétractile.

c. Le 16 octobre 2002, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

d. L'assuré a fait réaliser une expertise par le docteur C_____, sous la supervision du professeur D_____, chef du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Les médecins ont conclu à une totale incapacité de travail en raison de l'atteinte somatique dans leur rapport du 1^{er} février 2006.

e. Sur mandat de l'assurance-accidents, les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine interne, F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, experts auprès de la Policlinique médicale universitaire (PMU), ont réalisé une expertise le 19 septembre 2006. Ces médecins ont retenu, à titre de diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail : une épaule droite bloquée, une capsulite rétractile séquellaire avec douleurs scapulo-humérales persistantes et un trouble de l'adaptation, réaction mixte anxieuse et dépressive dans le cadre d'une situation de santé et socio-économique inquiétante. A titre de diagnostics sans influence sur la capacité de travail, ils ont mentionné notamment un status après accident à l'épaule droite avec contusion osseuse du trochiter associée à une probable déchirure distale du tendon sous-épineux et sub-luxation interne du long chef du biceps par désinsertion du tendon sous-scapulaire, un status après arthroscopie de l'épaule droite et des douleurs du genou gauche intermittentes sur probable déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit.

Au plan somatique, l'assuré présentait une épaule droite bloquée dans le cadre d'un syndrome douloureux loco-régional complexe scapulaire droit. Il se plaignait de douleurs fortes et permanentes de cette épaule, avec un retentissement fonctionnel dans toutes les activités de la vie quotidienne, y compris une gêne nocturne entraînant des perturbations du sommeil. Les experts ont constaté des limitations sévères des amplitudes articulaires de l'épaule droite, puisque l'abduction et l'élévation antérieure étaient bien en-deçà d'un plan horizontal et la rotation externe quasiment inexistante. L'examen psychiatrique n'a révélé aucune

pathologie de cet ordre. L'assuré n'avait aucun antécédent psychique et son parcours révélait de bonnes capacités d'adaptation et de résilience.

Les experts ont estimé la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à 50%, en tenant compte de l'ensemble des facteurs, y compris la diminution de rendement. Les limitations fonctionnelles excluaient les travaux manuels et bi-manuels, les activités répétées de préhension, de manipulation d'objets, de modelage, les travaux impliquant des « serrages ou des frottements manuels », l'écriture prolongée, l'usage de claviers d'ordinateur, de souris ou autres outils informatiques avec la main droite, l'élévation du membre supérieur droit, les travaux en hauteur et le port de charges avec le membre supérieur gauche de 5 kg, (moins en cas de port répété). Le port de charges avec le membre supérieur droit, non fonctionnel, était limité à 1 kg. Les travaux lourds étaient contre-indiqués. Il était difficile d'envisager une activité mieux adaptée que celle de mandataire commercial.

Les troubles dont l'assuré se plaignait avaient une origine principalement somatique. Les troubles psychiques étaient apparus après une période de latence de plusieurs années et étaient probablement liés à la dégradation de sa situation socio-économique. Bien que le caractère de l'assuré ait été modifié à la suite de l'accident, l'évaluation psychiatrique n'objectivait ni troubles de la pensée, ni trouble de la personnalité. L'incapacité de travail en raison des troubles psychiques, inférieure à 20%, était négligeable. Ces troubles n'entraînaient aucune limitation supplémentaire significative de la capacité de travail.

f. Par décision du 29 janvier 2007, confirmée sur opposition le 19 mars 2007, l'assurance-accidents a alloué à l'assuré une rente d'invalidité fondée sur une incapacité de gain de 50% dès le 1^{er} janvier 2007.

Saisi d'un recours à l'encontre de cette décision, le Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève (ci-après : le Tribunal), alors compétent, a notamment entendu le Dr E_____ et le Pr D_____. Ce dernier a déclaré que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr E_____ lui paraissaient correctes. Selon le Pr D_____, la médication pouvait entraîner des problèmes de concentration. Le Tribunal a rejeté le recours par arrêt du 27 mai 2008 (ATAS/627/2008).

Saisi à son tour, le Tribunal fédéral a lui aussi débouté l'assuré, le 17 mars 2009 (ATF 8C_558/2008). Il a en substance reconnu une pleine valeur probante au rapport de la PMU, qui tenait compte des plaintes de l'assuré et notamment de ses problèmes de concentration et de récupération. L'expertise privée du Dr C_____ et du Pr D_____ ne démontrait pas pourquoi l'assuré ne serait pas en mesure de reprendre son ancienne activité à mi-temps après adaptation de son poste de travail. En effet, ces médecins s'étaient contentés de mentionner le caractère particulièrement invalidant des troubles de la concentration et du sommeil, sans toutefois étayer leur appréciation par des constatations objectives précises. Au

demeurant, ils avaient justifié une incapacité de travail entière en évoquant la longue absence d'activité professionnelle, ce qui ne suffisait pas pour nier toute capacité de travail. La capacité de travail de 50% et le degré d'invalidité correspondant étaient confirmés.

g. Par décision du 16 avril 2008, l'office de l'assurance-invalidité pour les assurés résidant à l'étranger (OAIE) a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2001.

Saisi d'un recours contre cette décision, le Tribunal administratif fédéral l'a rejeté par arrêt du 24 janvier 2011 (C-3376/2008), en se ralliant à l'analyse par le Tribunal fédéral du caractère probant de l'expertise de la PMU sur laquelle s'était également fondé l'OAIE.

B. a. Le 18 septembre 2014, la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, intervenant en qualité d'assurance de responsabilité civile, a communiqué à l'OAI trois rapports de surveillance établis par des détectives privés, qui avaient suivi l'assuré lors de ses déplacements quotidiens hors de son domicile en Haute-Savoie et lors de ses vacances en Italie.

b. L'assurance-accidents a entamé une révision du droit aux prestations.

Dans ce contexte, elle a demandé au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de procéder à une nouvelle expertise.

L'assuré a pour sa part requis un complément d'expertise du Pr D_____ qui, dans son rapport du 2 mai 2016, a conclu à une totale incapacité de travail, motivée selon lui par la raideur et les contractures post-traumatiques, chronicisées, ayant pour origines une contusion osseuse ancienne, des déchirures et sublaxations tendineuses et des éléments psychogènes anxio-dépressifs. Cette raideur objective et les douleurs qui en étaient la conséquence nécessitaient une prise importante de médicaments antalgiques. Cette situation ne permettait pas la concentration nécessaire à l'accomplissement d'une activité comptable ou administrative et empêchait tout travail d'ordre manuel.

Dans un complément du 7 novembre 2016, le Pr D_____ a relaté ses recherches approfondies dans la littérature médicale, au vu des particularités du cas. L'examen physique révélait une raideur articulaire passive et active et des mouvements parasites et mal contrôlés. On ne trouvait pas de stigmates de type amyotrophies musculaires ou lésions cutanées d'immobilisation (aisselle). La mobilisation passive était rendue impossible par les contractures et les co-contractures musculaires. La scintigraphie réalisée ne mettait pas en évidence de syndrome régional complexe douloureux (SRDC), qu'on ne retrouvait pas toujours dans ce type d'évolution vers la dystonie douloureuse. Une analyse de la littérature démontrait que cette situation rare était bien connue ; de nombreuses publications en attestaient. Il s'agissait d'une forme de dystonie entraînant une contracture d'origine psychogène causée par un traumatisme, même banal ou léger, ou par une intervention chirurgicale. Un cas de dystonie semblable à celui

de l'assuré était rapporté dans la littérature, ce qui démontrait l'existence objective d'un tel syndrome après un traumatisme peu important. Les mécanismes pouvant aboutir à un handicap aussi majeur n'étaient pas complètement élucidés, mais plusieurs études tendaient à démontrer que des altérations de la reconnaissance, de l'intégrité et de l'image corporelle des membres affectés étaient à la base de ce type de réaction. Tous les auteurs s'accordaient à reconnaître le rôle déterminant d'un événement traumatique, voire d'une intervention chirurgicale dans le déclenchement de ce syndrome fort handicapant, entraînant des douleurs chroniques invalidantes. Pour aller plus loin dans le diagnostic de cette affection rare et invalidante, une exploration comprenant une imagerie neuro-fonctionnelle pourrait être utile, encore que les connaissances dans ce domaine soient éparpillées. Cette pathologie était à la frontière entre chirurgie orthopédique, neurologie et psychiatrie.

c. L'assurance-accidents a mis un terme au versement de la rente complémentaire d'invalidité de l'assuré dès le 1^{er} août 2016 par décision sur opposition du 26 juillet 2017, en se fondant sur les conclusions du Dr H_____.

Saisie d'un recours contre cette décision, la Cour des assurances sociales (ci-après : la Cour de céans) l'a partiellement admis par arrêt du 3 avril 2018 (ATAS/292/2018) et a renvoyé la cause à l'assurance-accidents pour instruction complémentaire. Elle a retenu que le Dr H_____ avait remis en question les diagnostics posés à l'époque, ainsi que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la déchirure de la coiffe des rotateurs, ce qu'il ne lui appartenait pas de faire. Qui plus est, cet expert n'avait pas procédé à une comparaison de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité résiduelle de travail entre le moment de l'octroi de la rente d'invalidité et celui de son examen clinique, comme il aurait convenu de le faire dans le cadre d'une révision du droit à la rente. Le fait qu'il remette systématiquement en question les diagnostics posés par les experts de la PMU et leurs conclusions quant au lien de causalité naturelle entre les troubles de l'assuré et l'accident permettait de douter sérieusement de la pertinence de ses conclusions, de sorte que son expertise ne pouvait se voir reconnaître de valeur probante. Le rapport du Pr D_____ reprenait ses explications de 2006 pour justifier une incapacité de travail totale de l'assuré dans toute activité. Il n'y avait cependant pas lieu de revenir sur l'appréciation du Tribunal fédéral, qui avait écarté son rapport initial de 2006. En l'absence de rapport médical probant comparant la situation médicale entre le moment de l'octroi initial de la rente d'invalidité et celui de la décision litigieuse, la Cour de céans ne disposait pas des éléments nécessaires pour statuer.

C. a. L'OAI a également entamé une procédure de révision et mis sur pied une expertise multidisciplinaire auprès du Centre d'expertises médicales (CEMed).

Cette démarche a donné lieu à un important échange de correspondances avec l'assuré, qui contestait notamment la nécessité d'une expertise et a plusieurs fois refusé de s'y soumettre. L'OAI lui a adressé une sommation le 28 février 2018 et

a attiré son attention sur les conséquences d'un défaut de collaboration. L'assuré ayant informé le CEMed par courrier du 13 juillet 2018, par l'entremise de son mandataire, qu'il se rendrait aux examens accompagné d'un journaliste et probablement d'un cameraman (sic), le CEMed a annulé l'expertise.

Sur ce, l'OAI a supprimé la rente par décision du 2 août 2018, faute de collaboration de l'assuré.

b. L'assuré a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans, qui, dans son arrêt du 9 juillet 2019 (ATAS/653/2019), après avoir constaté le manque de collaboration inexcusable de l'assuré, a réformé la décision de l'OAI en ce sens que la rente a été simplement suspendue et la cause renvoyée à l'autorité pour mise en œuvre d'une expertise, jugée indispensable.

c. Le recours intenté par l'assuré auprès du Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable le 16 octobre 2019 (ATF 9C_612/2019).

d. Par décision du 11 novembre 2019, annulant et remplaçant celle du 2 août 2018, l'OAI a prononcé la suppression de la rente.

D. **a.** L'assurance-accidents a désigné le docteur I_____, médecin au service de chirurgie orthopédique du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) pour procéder à l'expertise de l'assuré.

Dans son rapport du 24 octobre 2019, l'expert a mentionné des gonalgies droites et une probable bursite chronique trochantérienne à droite, sans répercussions sur la capacité de travail. Il a estimé qu'en revanche, les cervicobrachialgies droites chroniques conduisaient à une limitation fonctionnelle majeure, avec répercussions sur la capacité de travail. Il a également fait état de douleurs occasionnelles de la hanche droite et du genou droit. Il a constaté que l'examen clinique réalisé en 2006 et son status étaient globalement comparables, avec des amplitudes articulaires de l'épaule, de la hanche et du genou droits similaires, à treize ans d'intervalle. L'examen clinique objectivait une épaule droite douloureuse et limitée fonctionnellement, tant passivement qu'activement. L'évolution était stable sur le plan clinique par rapport à 2006, mais en dégradation sur le plan subjectif. Les indications subjectives et les constatations objectives coïncidaient. Cependant, il n'existait pas de lésion objectivable pouvant expliquer les symptômes de l'assuré. Le Dr I_____ a en outre mentionné la présence d'une scapula droite surélevée et décollée du plan thoracique, avec un trapèze contracturé, induré et tuméfié, douloureux lors de la palpation. Il a proposé une imagerie par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite et du rachis cervico-thoracique, afin d'évaluer plus précisément les muscles du complexe huméro-scapulo-rachidien, toutes les imageries datant de plus de trois ans. Il a également suggéré un électroneuromyographe (ENMG) du nerf long thoracique pour rechercher une origine à la scapula alta, ainsi qu'une consultation d'antalgie. Sur le plan psychologique, l'assuré se plaignait de troubles de la concentration et d'une sensation d'épuisement en lien avec ses problèmes

asséculoologiques, associés à une inquiétude concernant sa vie personnelle et une situation financière de plus en plus compromise. Il restait méfiant face aux possibilités thérapeutiques antalgiques et avait un sentiment d'abandon de la part du corps médical depuis de nombreuses années. Le Dr I_____ a conclu qu'une activité de bureau, sans utilisation du membre supérieur droit au-dessus du plan de travail, avec possibilité de travailler de manière discontinue, par exemple deux fois deux heures de travail entrecoupées de 30 minutes de pause, était tout à fait exigible, telle qu'un travail en home office à 50%. Les problèmes de concentration devraient encore être évalués par un neuropsychologue.

b. Le 23 décembre 2019, l'assuré a transmis à l'OAI l'expertise du Dr I_____ en réclamant que soit repris le versement de sa rente, puisque l'expert ne constatait aucune modification de son état de santé.

c. Par courriers des 4 et 28 février 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'il s'y refusait, tant qu'il ne serait pas procédé à une expertise neurologique et psychiatrique telle qu'exigée par le SMR.

d. La Cour de céans a déclaré le recours interjeté par l'assuré contre ce courrier irrecevable par arrêt du 8 juin 2021 (ATAS/577/2021), faute de décision sujette à recours.

e. Le 9 juillet 2020, l'OAI a informé l'assuré que le SMEX était désigné pour l'expertise, soit pour lui les docteurs J_____, K_____, L_____ et M_____, respectivement spécialistes FMH en psychiatrie, neurologie, médecine interne et chirurgie orthopédique.

Ces médecins ont rendu leur rapport le 13 novembre 2020.

Au plan psychique, l'assuré avait vécu une enfance marquée par les difficultés matérielles. Il n'avait quasiment jamais vécu avec son père, contraint de gagner sa vie en Suisse. Il semblait n'avoir jamais pu subjectiver ses souffrances et son sentiment d'abandon, qui était largement projeté sur les assurances. C'était dans un contexte de réussite matérielle qu'était survenu l'accident du 1^{er} novembre 2000. Un parcours médico-asséculoologique long et tortueux avait alors débuté, dans lequel l'assuré se sentait de plus en plus victime et incompris. Cela paraissait avoir mené à la décompensation d'un trouble paranoïaque latent chez un assuré jusque-là suradapté. Il avait pu basculer vers un fonctionnement de trouble de la personnalité sous forme d'un trouble paranoïaque qui lui permettait de ne plus être « marié à son travail », mais d'être constamment à la maison et d'empêcher l'émancipation de ses filles. L'identification au grand-père paternel invalide de guerre devenait flagrante et empêchait les autres membres de sa famille d'avoir une vie. La volonté de se rendre à l'expertise proposée avec un journaliste et un cameraman montrait à quel point le psychisme de l'assuré était perturbé et envahi par des perceptions à tonalité persécutoire, selon un scénario extrêmement stable et évoluant depuis 20 ans, avec une transmission générationnelle des comportements pathologiques. Le manque de recul lors de l'expertise de

septembre 2006 du Dr G_____ n'avait pas permis une telle observation, ce qui expliquait la divergence entre ces experts. Il devenait néanmoins évident que les troubles de la pensée avaient des effets dans tous les domaines de la vie. L'assuré restait campé sur ses positions délirantes et s'accrochait à son conflit, même lorsque sa rigidité impliquait la suspension de sa rente. Dans ces conditions, les troubles semblaient sévères et profonds et toute reprise d'une vie normale paraissait exclue.

Au plan orthopédique, les plaintes étaient restées les mêmes depuis l'accident, avec une limitation de la mobilité de l'épaule et une évolution défavorable malgré l'intervention de juin 2001. L'assuré avait eu une immobilisation très longue de son épaule, entraînant une épaule gelée, ce qui expliquait l'impotence fonctionnelle actuellement mesurée. Les gonalgies à la marche en descente aux deux genoux s'expliquaient par un syndrome rotulien bilatéral non incapacitant. Ces douleurs étaient plus sporadiques et pouvaient être liées à un déconditionnement. Elles étaient dépendantes des efforts. Les gênes au niveau de la hanche droite, ainsi que les cervicalgies et lombalgies, n'avaient pas de substrat organique et pouvaient également être liées à un déconditionnement.

Du point de vue de la médecine interne, l'assuré avait de multiples plaintes. À l'examen clinique, on retrouvait une obésité modérée, associée à un déconditionnement physique, probablement responsable d'une dyspnée à l'effort. Les examens biologiques n'avaient pas montré de pathologie organique. De ce point de vue, il n'y avait pas de limitation fonctionnelle.

Au plan neurologique, l'assuré ne présentait pas d'anomalies. Un diagnostic de dystonie avait été posé par le Pr D_____. Une dystonie était caractérisée par une augmentation du tonus musculaire avec résistance au mouvement passif. S'il était bien possible de modifier la position de l'épaule droite, la mobilité du coude, du poignet et des doigts restait normale. Cela ne permettait pas de retenir une dystonie, car celle-ci portait toujours sur un membre entier. La fatigue et la somnolence dont se plaignait l'assuré atteignaient un niveau élevé sur le score d'Epworth et correspondaient à un syndrome sévère d'apnées du sommeil, dont le traitement était insuffisant. L'usage de l'appareillage *Continuous positive airway pressure* (CPAP) était en effet considéré comme inefficace en-dessous de 4h30 par jour ; or, jamais l'assuré n'avait atteint une telle durée d'utilisation selon les données de suivi sur 35 jours transmises à l'expert.

Les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail étaient les suivants : trouble de la personnalité paranoïaque (F 60), status après entorse de l'épaule droite le 1^{er} novembre 2020 avec lésion du sus-épineux et du tendon du long chef du biceps, épaule gelée et persistance d'une impotence fonctionnelle. Parmi les diagnostics sans incidence sur la capacité de travail, les experts ont mentionné notamment : des gonalgies bilatérales avec syndrome rotulien, un déconditionnement musculaire, un syndrome d'apnées du sommeil appareillé, une

obésité et une somnolence diurne sur syndrome d'apnées du sommeil sévère sous-traité depuis février 2020.

Le degré d'atteinte à la santé était considéré comme grave du point de vue interdisciplinaire. Les troubles psychiatriques étaient graves et influençaient lourdement la vie de l'assuré et celle de ses enfants. Ils empêchaient la prise en charge psychique. Au plan orthopédique, les troubles étaient moyens, seul le membre supérieur droit étant touché. Il n'y avait pas de déficit du point de vue de la médecine interne. Au plan neurologique, le syndrome d'apnées du sommeil était sévère, mais sous-traité. Un usage optimal de l'appareillage ne permettrait pas de déficit de cet ordre. L'assuré était centré sur sa maladie physique, anosognosique de ses problèmes psychiques et de ses carences affectives. Son sens des réalités et sa capacité de jugement avaient été altérés par ses perceptions. S'agissant des ressources, au plan psychique, l'assuré pouvait exercer une activité encadrée sans responsabilité sur le marché libre, ce qui tenait compte du fait qu'il avait perdu le contact avec une partie de la réalité externe. Les experts ont relaté que la famille de l'assuré fréquentait d'autres familles dans le cercle des témoins de Jéhovah. Elle était aussi beaucoup aidée par le frère de l'assuré. Au plan orthopédique, une activité de bureau sans utilisation du membre supérieur droit au-dessus du plan de travail était possible. Les limitations fonctionnelles étaient les travaux manuels et bimanuels, les activités répétées de préhension, de manipulation d'objets, de modelage, les travaux impliquant des serrages ou des frottements manuels, l'écriture prolongée, l'usage de clavier et souris ou d'autres outils informatiques avec la main droite. Le port de charges avec le membre supérieur droit était exclu. Du point de vue neurologique, la somnolence liée à la mauvaise compliance à l'appareillage limitait toute activité nécessitant une concentration ou une attention soutenue, comme par exemple la conduite professionnelle. S'agissant de la cohérence, l'assuré était limité dans tous les domaines, son auto-victimisation lui garantissant de garder sa famille autour de lui. Au plan orthopédique, il était limité dans toutes les activités nécessitant l'utilisation de son membre supérieur droit. Cela étant, il conduisait sa voiture automatique et devait ainsi pouvoir tenir le volant à deux mains. Les experts ont écarté tout élément d'auto-limitation. S'agissant de la capacité de travail, au plan psychique, au vu de l'anamnèse de 14 ans qui permettait un regard différent sur la situation, il apparaissait vraisemblable que, depuis le jour de l'accident, l'assuré présentait une incapacité de travail totale en raison des symptômes d'un trouble de la personnalité à traits paranoïaques. L'experte a précisé qu'il s'agissait d'une appréciation différente de la même situation et non d'une modification de l'état de santé, liée aux informations et à l'historique beaucoup plus long désormais à sa disposition, que le Dr G_____ ignorait à l'époque. L'assuré pouvait toutefois exercer une activité encadrée sans responsabilité sur le marché libre du travail. Du point de vue orthopédique, la capacité de travail en tant que comptable était restée de 50%, l'expert exprimant son accord avec l'expertise du Dr I_____. Aux plans neurologique et de la médecine interne, elle avait toujours été entière. Les experts

ont retenu que l'état de l'assuré était stable. Il y avait eu une aggravation après l'expertise de la PMU de septembre 2006, avec une immobilité et non-utilisation de l'épaule droite, et le profil d'efforts était plus limité. Le syndrome sévère d'apnées et hypopnées obstructives du sommeil était également un facteur d'aggravation. Une incapacité totale n'était pas compréhensible, sachant que l'assuré conduisait sa voiture automatique et devait pouvoir tenir le volant à deux mains.

f. Le 23 novembre 2020, le SMR a retenu que les experts écartaient toute modification de l'état de santé depuis 2006. Il a repris ses précédentes conclusions quant à une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de comptable et dans une activité adaptée. Le SMR a noté que l'experte psychiatre retenait le diagnostic de troubles de la personnalité paranoïaque, sans préciser si celui-ci était décompensé. Selon lui, cela relevait d'une appréciation différente de la même situation et non d'une modification de l'état de santé, même si celui-ci s'était chronicisé après 14 ans d'évolution.

g. Par communication du 1^{er} février 2021, l'OAI a conclu à l'absence de modification du droit à la rente.

h. Par décision du 4 mars 2021, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2018.

i. Le même jour, l'assuré a déclaré faire opposition au « projet de décision » du 1^{er} février précédent. Il a soutenu que l'expertise était lacunaire et contradictoire. L'expertise pluridisciplinaire avait été maintenue afin de réaliser des examens complémentaires (ENMG et IRM) et explorer les troubles cognitifs et l'épuisement psychologique. Le Dr I_____ avait admis que les problèmes de concentration devraient encore être évalués. Or, les experts mandatés par l'OAI n'avaient réalisé aucun de ces examens. Au plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque était surréaliste. Il n'avait jamais été constaté par aucun des experts. Le fait que l'assuré ait voulu être accompagné d'un journaliste à une expertise ne suffisait pas à le fonder, cette idée lui ayant été suggérée par son mandataire. De plus, l'OAI n'avait pas tenu compte des conséquences économiques de la capacité de travail nulle retenue par l'experte psychiatre, alors que la capacité adaptée dans une activité sans responsabilités entraînerait des conséquences financières. Le neurologue n'avait pas traité le diagnostic de dystonie évoqué par le Pr D_____. Il était erroné d'affirmer que le CPAP n'avait jamais été utilisé au moins 4h30 par nuit, les données de suivi révélant une trentaine d'utilisations de cette durée au moins sur 90 jours d'observation. Le pneumologue de l'assuré contestait une utilisation insuffisante de l'appareillage. S'agissant de la conduite, l'assuré a indiqué qu'il se garait d'une seule main grâce à la direction assistée et que son bras droit reposait sur l'accoudoir lorsqu'il conduisait. Il était incompréhensible que les experts n'aient pas retenu une incapacité de travail plus importante, malgré l'aggravation de son

état de santé depuis l'expertise de 2006. Selon lui, il y avait lieu d'augmenter le degré d'invalidité à 100% dès la date moyenne du 16 octobre 2013.

j. Le 9 mars 2021, l'assuré a produit plusieurs rapports de son médecin traitant, le docteur N_____, spécialiste FMH en pneumologie. Dans son courrier du 7 mars 2021, celui-ci a confirmé le diagnostic de syndrome sévère d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil avec un index très élevé à 64 par heure et quelques évènements centraux. Certains patients ne supportaient pas l'appareillage, dans une proportion que ce médecin évaluait à 5%. Le traitement était inefficace en cas d'utilisation de moins de quatre heures par nuit. Les apnées-hypopnées obstructives du sommeil pouvaient être dues à un collapse des voies respiratoires, favorisé par l'anatomie, la surcharge pondérale et les sédatifs, et les apnées-hypopnées centrales résultaient d'une diminution du *drive* respiratoire pouvant être causée par une insuffisance cardiaque sévère, une atteinte traumatique ou ischémique et les sédatifs. Pour l'assuré, le syndrome était principalement de type obstructif avec quelques éléments centraux. Il prenait des antalgiques. L'indication à l'appareillage avait été posée de manière absolue au vu de la sévérité du syndrome. L'assuré avait signalé une tolérance au masque très médiocre avec une observation insuffisante. Il reconnaissait une disparition du ronflement sous traitement, mais se disait toujours aussi fatigué et somnolent la journée. Le pneumologue avait pris connaissance de son suivi thérapeutique par la technicienne d'appareillage. Selon les statistiques d'utilisation de la machine, l'observance était respectivement de 50%, 48% et 60%, ce chiffre représentant le nombre de nuits avec port de masque plus de quatre heures. Les données attestaient une excellente efficacité du traitement par appareillage. Les douleurs dues à la capsulite rétractile compliquaient la situation en affectant la qualité du sommeil et la tolérance au masque, l'assuré devant se mobiliser plusieurs fois pour trouver une position dans laquelle les douleurs devenaient tolérables.

k. Par décision du 13 avril 2021 annulant et remplaçant celle du 4 mars 2021, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il procéderait à un nouvel examen du dossier.

l. Le 20 mai 2021, le SMR s'est déterminé sur les pièces produites par l'assuré. Le Dr N_____ n'amenait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs. Le diagnostic de syndrome d'apnées obstructives du sommeil était connu, et l'expert neurologue était spécialiste du sommeil. Il avait tenu compte des plaintes de l'assuré ainsi que du traitement antalgique. Lors des examens cliniques, aucun trouble de la concentration, de l'attention, de la mémoire, ni de fatigabilité n'avaient été observés. Cela plaidait contre une symptomatologie sévère. De plus, l'assuré a indiqué qu'il conduisait son automobile. Partant, les experts avaient tenu compte de tous les éléments décrits par le pneumologue traitant. Les anciennes expertises, notamment celle de 2006, mentionnaient déjà des plaintes cognitives et une fatigabilité, dont les experts avaient tenu compte. La précédente appréciation SMR restait ainsi valable.

m. Par courrier du 10 juin 2021, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il entendait maintenir son droit à la rente sans modification.

n. Par courrier du 23 juillet 2021, l'assuré a déclaré s'opposer au projet de décision du 10 juin 2021. Il a persisté à solliciter une rente entière dès le 16 octobre 2013 et la mise en œuvre d'une expertise neuropsychologique.

Il a produit un rapport du 18 juin 2021 du docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, lequel a exposé ses divergences avec l'expertise psychiatrique du 13 novembre 2020. Il a contesté le diagnostic de trouble de la personnalité avec des traits paranoïaques. Il en a rappelé et commenté les critères diagnostiques, exposant pourquoi ils n'étaient pas remplis. Ces critères n'avaient d'ailleurs pas été documentés dans l'expertise, et n'étaient pas confirmés par les observations tirées du suivi de l'assuré. Il était d'ailleurs nécessaire que les traits paranoïaques soient présents depuis le jeune âge adulte, ce qui n'avait pas été relevé dans l'expertise de 2006. Seules les relations avec les assurances démontraient une certaine prudence de l'assuré, car celui-ci avait perçu leur manière d'agir comme déloyale. L'expertise n'avait en outre pas pris en considération les facteurs culturels, soit l'origine italienne et la spiritualité de l'assuré. Dans cette culture, il était très mal vu de se plaindre de troubles psychiques. Ce psychiatre a également regretté l'absence de bilan neuropsychologique, soutenant que l'assuré présentait des troubles cognitifs. Il avait décrit au status psychiatrique et à l'anamnèse des troubles de la concentration et de l'attention augmentés lors d'efforts de concentration. Il se plaignait en outre d'une fatigue importante. La médication antalgique était en partie responsable de ces troubles, dont l'expertise ne pouvait faire abstraction. L'expertise avait en outre négligé de décrire le traitement pris, mentionnant uniquement les consultations rhumatologiques, la physiothérapie et le traitement antalgique. En conclusion, elle comportait d'importantes lacunes. Cela n'excluait toutefois pas l'existence de troubles psychiatriques invalidants. Le Dr O_____ rejoignait l'experte psychiatre sur l'incapacité de travail complète au plan psychique, mais celle-ci ne s'appliquait pas uniquement à son ancien poste de travail. Ce psychiatre pouvait attester d'une incapacité totale pour motifs psychiatriques en avril 2015 déjà, mais celle-ci était anamnesticquement présente bien avant, soit deux ans après l'accident, à partir de la chronicisation des douleurs. Une reprise d'activité nécessiterait un long processus de réadaptation, qui semblait déraisonnable avec de très faibles chances de succès au vu des limitations. Un échec serait en outre difficile à supporter pour l'assuré.

o. Le 26 août 2021, le SMR s'est déterminé. Il a noté que l'expertise de 2006 mentionnait un assuré plutôt anxieux, craignant toute interprétation préjudiciable de ses faits et gestes et ayant manifesté une certaine méfiance, exprimée ouvertement au début de l'entretien. La Dresse J_____ avait bien détaillé pourquoi elle retenait une personnalité paranoïaque en 2020, en fonction des critères diagnostiques de la CIM-10. Trois des critères pertinents étaient réalisés, soit un caractère soupçonneux et une tendance envahissante à déformer les

évènements en interprétant les actions impartiales ou neutres d'autrui comme hostiles ou méprisantes, lorsqu'il évoquait le décès de sa mère et les réponses des assureurs. La tendance rancunière était également réalisée, au vu de la position de l'assuré face aux assurances et leurs décisions. La combativité de l'assuré qui défendait sa position depuis 2000 auprès des divers assureurs était hors de proportion avec la situation. Une préoccupation par des explications sans fondement à type de conspiration concernant les évènements était également réalisée, le recourant imaginant que le décès de sa mère n'était pas naturel. Ainsi, plus de trois critères étaient présents et permettaient de retenir le diagnostic. S'agissant des troubles cognitifs, l'experte n'avait pas relevé de troubles de la vigilance de l'attention et de la concentration, l'assuré n'était pas fatigable, et seuls de discrets troubles mnésiques concernant l'évocation du passé récent étaient constatés. Cette description était suffisante pour exclure des troubles cognitifs incapacitants. S'agissant du syndrome d'apnées du sommeil, le SMR maintenait ses précédentes conclusions.

p. Par décision du 4 novembre 2021, par la suite annulée et remplacée par une nouvelle décision du 27 juillet 2022, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une demi-rente d'invalidité correspondant à un degré d'invalidité de 50% et recalculé les rentes à partir du 1^{er} novembre 2011. Le montant de la rente était modifié au vu de l'octroi d'une rente à son épouse.

E. a. Par écriture du 14 septembre 2022, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement, à son audition, à celle de son épouse et de ses filles, à l'audition du Dr O_____, et à la mise en œuvre d'une expertise comportant un bilan neuropsychologique, un ENMG et une IRM, principalement à l'annulation de la décision du 27 juillet 2022, à ce qu'il soit constaté qu'il avait droit à une rente entière dès le 1^{er} mai 2017 ou toute autre date utile, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et calcul du degré d'invalidité.

Le recourant a contesté l'absence de fatigabilité, de troubles de la concentration ou mnésiques notables pendant l'expertise. Le fait qu'il ait fait tout son possible pour collaborer ne signifiait pas encore qu'il disposait de bonnes ressources cognitives pour exercer un emploi, même à temps partiel. Plusieurs médecins avaient motivé la nécessité d'un bilan neuropsychologique. Il s'est rallié aux griefs formulés par son médecin psychiatre à l'encontre de l'expertise. S'agissant de la dystonie, le Pr D_____ avait exposé de manière claire et détaillée son existence. L'expert n'avait pas pris position sur cette position et ne citait aucune littérature confirmant que la dystonie touchait toujours un membre entier. L'ENMG et l'IRM préconisés par le Dr I_____ n'avaient pas été réalisés. Par ailleurs, on peinait à comprendre comment la somnolence diurne n'aurait pas de conséquences sur la capacité de travail d'une personne, à tout le moins sur son rendement. De plus, selon la Dresse J_____, l'activité antérieure n'était plus

exigible. Or, l'intimé n'avait jamais procédé au calcul de la perte de gain résultant de la reconversion nécessaire dans une activité adaptée au plan psychique.

b. Dans sa réponse du 12 octobre 2022, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle retenue par les experts du SMEX ne pouvait être suivie, comme l'avait expliqué le SMR dans son avis du 23 novembre 2020. Les experts admettaient l'absence de modification de l'état de santé du recourant depuis la dernière expertise de 2006, seule déterminante pour l'issue du litige.

c. Dans sa réplique du 30 janvier 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. L'aggravation de son état de santé était patente depuis l'expertise de 2006, qui avait retenu un trouble de l'adaptation. L'experte du SMEX admettait en effet un trouble psychique sévère. Le Dr O_____ confirmait du reste que la psychiatre du SMEX avait erré dans son appréciation et que son avis ne pouvait se voir accorder valeur probante.

d. La Cour de céans a entendu le Dr O_____ le 16 mars 2023.

Celui-ci voyait le recourant chaque mois ou tous les deux mois en 2016, et tous les trois mois en 2017. Entre février et mai 2021, il lui était arrivé de le voir plusieurs fois par mois. La fréquence des consultations était désormais d'une fois par mois et pourrait être espacée à raison d'une fois tous les trois mois, car la situation lui paraissait stabilisée. L'état du recourant avait des répercussions sur celui de ses proches, que le témoin avait également reçus. Celui-ci retenait les diagnostics de trouble anxieux, moyen à sévère, présent depuis plusieurs années, de trouble dépressif également moyen à sévère (actuellement moyen), et de syndrome douloureux chronique présent depuis une vingtaine d'années. Ces diagnostics avaient eu au fil des ans un impact sur la personnalité du recourant, qui s'était modifiée. La profession de comptable impliquait une concentration importante. Or, le recourant souffrait de troubles cognitifs, d'une endurance réduite et de troubles de la concentration. Dès lors, cette activité n'était plus exigible selon le témoin, qui considérait que la capacité de travail serait également nulle dans une activité adaptée. En effet, l'assuré ne pouvait rester assis longtemps. Il rencontrait des problèmes même dans les tâches administratives. Son anxiété lui faisait perdre confiance. Enfin, il paraissait difficile de le réintégrer dans un marché du travail qu'il avait quitté depuis si longtemps. Les problèmes de concentration, de fatigabilité étaient amplifiés par la médication, assez lourde, et par les difficultés de sommeil. Il était également fortement déconseillé de conduire dans ces conditions. Selon le témoin, une activité intellectuelle n'était plus envisageable au vu des limitations. Il faudrait plutôt une activité physique. Un examen neuropsychologique paraissait indispensable. Le diagnostic précis est celui de modification durable de la personnalité.

A l'issue de cette audience, l'intimé a soutenu qu'il ne contestait pas catégoriquement l'existence de troubles cognitifs, mais ceux-ci n'étaient pas incapacitants au vu de l'absence de trouble anxieux dépressif.

Le recourant a indiqué qu'il se soumettrait prochainement à un examen neuropsychologique et à une IRM qu'il verserait à la procédure.

e. Le 5 juillet 2023, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a soutenu que ses troubles persistaient malgré une utilisation appropriée du CPAP. Il a produit les rapports suivants :

- rapport d'utilisation démontrant une application du CPAP de 6h20 par jour en moyenne ;
- rapport du 16 mai 2023 de Madame P_____, psychologue. Celle-ci a noté que l'assuré était non ralenti et légèrement fatigable lors de son examen neuropsychologique. Cet examen avait mis en évidence un déficit en mémoire épisodique verbale affectant le processus de récupération et un encodage légèrement laborieux, avec uniquement le premier rappel total inférieur à la norme, et des difficultés attentionnelles caractérisées par un ralentissement dans des tâches d'exploration visuo-spatiales et de rendement visuo-spatial et de rendement. Ce ralentissement était présent uniquement dans les tâches écrites. Le reste des fonctions cognitives investiguées apparaissait en revanche préservé. Les difficultés cognitives observées pourraient s'inscrire dans le cadre d'une problématique thymique de type anxio-dépressive. Par ailleurs, la médication et la composante algique pourraient également participer aux difficultés rencontrées ;
- rapport du 6 avril 2023 du docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine physique, évoquant un status après chirurgie réparatrice de l'épaule compliquée d'une capsulite rétractile et impotence fonctionnelle et algique majeure chronique, actuellement décompensée par une bursite sous-acromiale, un conflit sous-acromial, une tendinopathie du sus-épineux et un épanchement gléno-huméral modéré, et attestant une incapacité de travail totale conformément à l'expertise de 2016 du Pr D_____ ;
- rapport d'IRM du 13 février 2023 retenant un status après ténodèse du tendon du long chef du biceps, sans récurrence de déchirure, sans atrophie ni amyotrophie des muscles de la coiffe, un conflit sous-acromial avec une fine réaction liquidienne de la bourse sous-acromio-deltoïdienne associé à une tendinopathie sous-jacente du tendon du muscle sus-épineux qui présentait un remaniement inflammatoire, et une discrète ascension de la tête humérale par rapport à la glène, sans omarthrose.

f. Dans ses déterminations du 11 juillet 2023, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Le SMR a relevé que le bilan neuropsychologique relevait des difficultés attentionnelles et de mémoire. Les troubles n'étaient pas sévères et les experts du SMEX avaient tenu compte de ces atteintes. Les statistiques d'utilisation de la CPAP entre mai 2022 et mai 2023 montraient une utilisation moyenne quotidienne de 06h19, et une non-utilisation de 5 jours. Le SMR constatait une bonne compliance au CPAP, et un index résiduel d'apnées-hypopnées faible, ce qui parlait pour une bonne correction du syndrome d'apnées du sommeil. Le Dr Q_____ n'évoquait aucun élément nouveau. Le rapport d'IRM faisait état de discrets signes inflammatoires, qui pouvaient se produire en raison de l'atteinte. Ces documents n'amenaient pas de nouvel élément médical objectif modifiant l'appréciation du SMR.

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. Les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) sont entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2022.

En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est, en principe, celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3).

Selon les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 19 juin 2020, pour les bénéficiaires de rente dont le droit à la rente est né avant l'entrée en vigueur de la présente modification et qui avaient au moins 55 ans à l'entrée en vigueur de cette modification, l'ancien droit reste applicable.

En l'occurrence, le recourant était âgé de 59 ans au 1^{er} janvier 2022 et son droit à la rente est né avant cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur ancienne teneur.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.
4. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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.

5. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

5.1 Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et partant le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_818/2015 du 22 mars 2016 consid. 2.2). Ainsi, le fait qu'un diagnostic ne soit plus retenu à l'issue d'un examen médical ne saurait justifier, à lui seul, la révision du droit à la rente, dans la mesure où un tel constat ne permet pas d'exclure que l'état de fait (demeuré pour l'essentiel inchangé) ait simplement été apprécié de manière différente. Une modification sensible de l'état de santé ne saurait être admise que si le nouveau diagnostic, ou l'absence d'un diagnostic posé précédemment, est corroboré par un changement clairement objectivé de la situation clinique et par l'amélioration, voire la disparition, des limitations fonctionnelles retenues précédemment (Margrit MOSER-SZELESS *in* Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 12 *ad.* art. 17 LPGA).

5.2 Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (arrêts du Tribunal fédéral 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et 9C_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Une communication rendue par l'administration dans le cadre d'une procédure de révision, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et

9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain d'un assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

6. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales, 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 convient 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 125 V 351 consid. 3a, ATF 122 V 157 consid. 1c).

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

6.3 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de

l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

7. Dans un arrêt portant sur les troubles somatoformes douloureux (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a retenu que 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 de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part.

7.1 Il y a désormais lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 3.6). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

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

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 (F 45.5), qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

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

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de

gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes (consid. 4.3.1.3). Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

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

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une

incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré (consid. 4.4).

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

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple ses loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

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

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculo-logique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

7.2 Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (ATF 137 V 64 consid. 1.2 *in fine*).

7.3 Dans un arrêt de 2017, le Tribunal fédéral a étendu la jurisprudence précitée à toutes les maladies psychiques (ATF 143 V 409 consid. 4.5).

Il convient encore de préciser que même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais elle peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que

comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1).

8. En l'espèce, l'intimé a nié l'existence d'un motif de révision du droit à la demi-rente allouée pour les suites de l'accident survenu en novembre 2000, en se fondant sur l'expertise du SMEX.

On soulignera qu'une éventuelle modification du degré d'invalidité doit être analysée par rapport à la situation qui prévalait lors de l'expertise de la PMU en 2006. Les médecins avaient alors retenu une capacité de travail de 50%.

8.1 Le Dr M_____, sur la base de son status, a écarté toute modification de l'état de santé somatique depuis l'expertise de la PMU. On doit relever quelques ambiguïtés dans son rapport, puisqu'il indique simultanément une aggravation depuis cette expertise, signalant une immobilité et non-utilisation de l'épaule droite et un profil d'efforts plus limité. Or, l'immobilité et la non-utilisation de l'épaule ont déjà été constatées en 2006, si bien qu'il ne s'agit pas là d'une dégradation de l'état de santé. Quant aux restrictions supplémentaires du profil d'effort, on notera que les limitations fonctionnelles retenues par l'expert orthopédiste du SMEX sont très largement superposables à celles définies par le Dr E_____ en 2006, et il ne s'écarte pas de la capacité de travail admise par ce dernier.

Quoi qu'il en soit, le Dr M_____ rejoint l'évaluation du Dr I_____, qui a réalisé une expertise pour le compte de l'assurance-accidents. Cette expertise satisfait aux réquisits jurisprudentiels applicables pour admettre la valeur probante d'un rapport médical. Elle a en effet été établie en parfaite connaissance du dossier médical, elle relate les plaintes du recourant et reprend son anamnèse, et ses diagnostics ont été posés à l'issue d'un examen clinique détaillé. Ses conclusions sont en outre motivées et convaincantes. L'expertise du Dr I_____ permet d'exclure une aggravation objective de l'état de santé du recourant, l'examen clinique étant largement comparable à celui du Dr E_____. S'agissant de l'ENMG et de l'IRM dont cet expert a suggéré l'organisation, il suffit de souligner qu'il n'a pas subordonné la validité de ses conclusions à la réalisation de ces examens, qui visent avant tout à mieux cerner les causes de l'atteinte. Dans la mesure où ce sont les répercussions cliniques de ladite atteinte qui sont déterminantes pour évaluer la capacité de travail et de gain, et que le Dr I_____ les a clairement exposées et prises en compte, les examens complémentaires évoqués ne sont pas indispensables dans le cadre de la présente procédure.

En ce qui concerne l'évaluation du Pr D_____ en 2016, on peut se référer aux considérants de la Cour de céans dans son arrêt du 3 avril 2018, et répéter que ce complément se fonde sur les mêmes arguments que l'expertise privée réalisée sous la supervision de ce médecin en 2006, dont la pertinence a été écartée par le Tribunal fédéral. Elle n'évoque pas de modification particulière depuis et ne révèle ainsi pas d'aggravation déterminante. S'agissant de la dystonie évoquée

dans le complément d'expertise de novembre 2016 – que le Dr K_____ a écartée au motif qu'une telle atteinte touche l'ensemble du membre –, on précisera qu'il ne s'agit pas là non plus d'un diagnostic posé avec certitude mais d'une hypothèse, puisque le Pr D_____ proposait des examens complémentaires pour le confirmer. Cela étant, même s'il fallait reconnaître l'existence d'une telle atteinte – malgré le fait que la science médicale semble selon les indications du Pr D_____ peu avancée dans sa reconnaissance – cela relèverait d'une simple requalification du diagnostic, qui n'implique pas pour autant une aggravation de l'état de santé. En effet, le Pr D_____ ne mentionne pas de limitations fonctionnelles supplémentaires liées à une éventuelle dystonie. Or, les répercussions de l'atteinte à l'épaule, notamment celles liées aux douleurs et aux limitations de la mobilité, ont déjà été dûment prises en compte par les médecins de la PMU et par le Dr I_____, comme on l'a vu. Enfin, les conclusions du Dr Q_____, au demeurant peu motivées, sont établies en référence à celles émises par le Pr D_____ en 2016. Ce médecin n'amène ainsi aucun élément nouveau objectif, mais procède à une appréciation différente de la situation. L'IRM ne révèle pas non plus d'atteinte nouvelle déterminante, conformément à l'avis du SMR.

8.2 En ce qui concerne le syndrome d'apnées et hypopnées du sommeil, l'expert a écarté toute incidence sur la capacité de travail, en relevant que l'utilisation de l'appareillage CPAP visant à le traiter était inférieure aux seuils d'efficacité. Les rapports du Dr N_____ ne permettent pas d'écarter cette conclusion. Si la sévérité du trouble et l'indication à l'appareillage CPAP annoncées par ce pneumologue ne sont pas contestées, elles ne suffisent pas à fonder une incapacité de travail, seules les éventuelles répercussions sous forme de somnolence diurne ou de fatigue malgré une compliance adéquate à l'utilisation du CPAP devant être prises en compte. Or, le Dr N_____ a relevé une excellente efficacité du traitement, et celui-ci est désormais suivi dans la mesure exigible par le recourant, si l'on se réfère aux données d'utilisation de mai 2022 à mai 2023. S'agissant de la somnolence, on relève du reste que le recourant est en mesure de conduire. En ce qui concerne la fatigabilité que pourrait entraîner cette atteinte, elle doit être prise en compte dans le cadre de l'examen de l'incidence des troubles neuropsychologiques, sur lesquels la Cour de céans reviendra.

8.3 En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise du SMEX, il convient en premier lieu de souligner qu'il n'analyse pas la capacité de travail en fonction des indicateurs dégagés par la jurisprudence. S'agissant en particulier des ressources, la Dresse J_____ s'est contentée de faire état de la capacité du recourant à travailler dans une activité sans responsabilité. La brève mention du fait que la famille du recourant est entourée et aidée de son frère ne suffit pas à pallier cette lacune. De plus, les comorbidités et le caractère uniforme des limitations dans tous les domaines sont à peine abordés. Cela suffit déjà à exclure la valeur probante de cette partie de l'expertise.

S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque (F 60) retenu, il n'est guère étayé et on voit mal sur quelles observations il se fonde. A ce sujet, on relève que le status clinique est succinct, pour ne pas dire pauvre. L'experte indique notamment qu'en dehors de l'émotion manifestée à l'évocation de l'avocat qui a aidé le recourant, *« l'affect est peu modulé et la personne assurée affiche une certaine bonhomie qui paraît plaquée et même plutôt inquiétante, p.ex. "Mes parents avaient toujours le sourire aux lèvres, ma mère est morte d'un cancer du poumon, mais jusqu'à la fin elle souriait". L'idéalisation de la famille, nucléaire et d'origine, est complète, les souffrances liées à l'absence paternelle et aux difficultés matérielles (la mère serait tombée malade de son cancer des poumons parce qu'elle était toujours devant la cheminée, reflet de la pauvreté de la famille et probablement des carences affectives de la personne assurée) n'étant jamais évoquées en tant que telles »*. La Dresse J_____ poursuit en excluant des troubles de la vigilance, de l'attention, de la concentration et une fatigabilité, ainsi que tout symptôme de la lignée dépressive, notamment ralentissement psychomoteur, agitation, anhédonie, auto-reproche, baisse de l'élan vital. Elle note un discret trouble mnésique concernant l'évocation du passé récent. Elle écarte ensuite tout symptôme floride de la lignée psychotique, relevant qu'il n'y a ni délire, ni hallucination. Elle relève que *« tous les éléments de causalité sont étroitement liés à son problème d'épaule, dont découle, à ses yeux, l'intégralité de sa situation actuelle et de celle des membres de sa famille, ce problème fournissant une explication universelle et surdéterminée à tout ce qui s'est passé dans la vie de la personne assurée depuis le jour de l'accident et prenant dès lors une tonalité délirante. Même lorsque la personne assurée évoque sa vie spirituelle de témoin de Jéhovah, la référence au perceptif au lieu du représentatif est permanente (il a comparé visuellement ce qui est écrit dans différentes Bibles, et est ainsi arrivé à la Foi), ce qui laisse imaginer que c'est bien ce qui est appréhendable par les sens qui est central pour elle et que la perception, même douloureuse, est cruciale dans son fonctionnement psychique. Les questions d'abandon reviennent itérativement dans le discours, la personne assurée se déclarant notamment "abandonnée par les assurances". [...] Parfois, notamment, lorsque la personne assurée évoque le décès de sa mère, le discours devient procédurier et alexythymique (ex : "Ma mère est décédée en 2012 ou 2013 puis (sans transition) est-ce que vous avez la pièce du dossier ? " »*.

Plutôt que de réelles constatations cliniques, ce status contient essentiellement des appréciations sur le fonctionnement psychique du recourant, que le lecteur peine du reste à suivre. On peut ainsi se demander en quoi il est inquiétant que le recourant relate que sa mère a gardé le sourire jusqu'à son décès. On peine à comprendre comment les carences affectives peuvent être démontrées par l'évocation de sa mère devant la cheminée. On distingue en outre mal, faute d'explications, la portée de l'importance de la perception par les sens que souligne l'experte. Le caractère procédurier du discours est illustré par une question à la psychiatre sur le dossier en sa possession, ce qui ne paraît pas suffisant pour

établir un tel trait. On note du reste une contradiction entre l'absence d'idées délirantes rapportée d'une part, et d'autre part la tonalité délirante des propos mentionnée quelques lignes plus loin et le trouble de la personnalité paranoïaque retenu. Au sujet de la tonalité délirante, la Dresse J _____ n'en donne aucun exemple concret, mais affirme que le recourant « reste campé sur ses positions délirantes » dans ses rapports avec les assurances. Elle semble ainsi assimiler la perception subjective du recourant du caractère invalidant de son atteinte à une position « délirante ». Un tel propos laisse perplexe, l'existence d'une atteinte étant établie. Quant à la tonalité persécutoire, elle est illustrée par l'intention du recourant d'être accompagné d'un journaliste à une expertise. Si cette volonté peut traduire une certaine méfiance à l'encontre des experts, elle n'est pas encore une manifestation d'un trouble paranoïaque, pas plus que le sentiment exprimé par le recourant de ne pas avoir vu son cas pris en charge par les assurances comme il l'espérait. Enfin, on peut s'étonner que l'experte psychiatre semble poser un jugement sur la famille du recourant, qu'elle n'a pas reçue, en évoquant une transmission générationnelle des comportements pathologiques.

De plus, contrairement à ce que soutient le SMR, l'experte psychiatre n'a absolument pas analysé si les critères diagnostiques – de la CIM-10 ou du DSM-IV – d'un trouble paranoïaque étaient remplis. L'analyse desdits critères à laquelle procède ce service dans son avis du 26 août 2021 ne convainc pas non plus. L'anxiété et la méfiance notée au début des entretiens d'expertise de 2006 sont en effet des réactions communes dans le contexte généralement stressant d'un tel examen, que de nombreux expertisés éprouvent. Le SMR entend en outre tirer des conclusions du fait le recourant a déclaré ignorer les causes exactes du décès d'un de ses parents. Contrairement à ce qui est soutenu par l'intimé, on ne peut en inférer que le recourant considère qu'on lui aurait caché certains éléments, et *a fortiori* qu'il y verrait une conspiration. Enfin, la combativité du recourant n'est pas « hors de proportion avec la situation », puisqu'elle tend à l'obtention de prestations d'assurance afin de subvenir à ses besoins.

On notera de plus qu'aucun des autres médecins n'a mentionné d'attitude suggérant un trouble de la personnalité paranoïaque. Enfin, le Dr O _____ a réfuté l'existence d'un trouble de la personnalité paranoïaque, en détaillant bien les exigences diagnostiques. Sur ce point, son rapport, clairement motivé, est convaincant.

8.4 Il en résulte que si l'expertise du SMEX, en lien avec celle du Dr I _____, permet d'écarter toute aggravation déterminante de l'état de santé au plan somatique, son volet psychiatrique ne peut se voir reconnaître valeur probante.

Sur ce plan, on ne peut écarter une aggravation de l'état de santé entraînant une détérioration de la capacité de travail du recourant. Le rapport du Dr O _____ ne suffit en revanche pas à l'établir au degré de la vraisemblance prépondérante. Il n'est en effet pas suffisamment motivé. Par ailleurs, les diagnostics avancés par le psychiatre traitant varient passablement, puisqu'il a évoqué lors de son audition

tout à la fois un trouble anxieux, moyen à sévère, présent depuis plusieurs années, un trouble dépressif également moyen à sévère et un syndrome douloureux chronique, pour conclure ensuite à une modification durable de la personnalité. De plus, un des motifs justifiant la capacité de gain nulle que retient ce médecin est l'éloignement du marché du travail, ce qui ne constitue pas un critère pertinent dans l'analyse médico-théorique de la capacité de travail.

8.5 Par ailleurs, comme le souligne à juste titre le recourant, les troubles neuropsychologiques dont le Dr I_____ recommandait l'évaluation n'ont fait l'objet d'aucun examen spécialisé. Il est vrai que les différents médecins qui ont expertisé le recourant ne paraissent pas avoir observé des difficultés importantes de cet ordre. Le recourant s'est néanmoins plaint d'oublis et de fatigue à l'experte psychiatre, et la fatigue induite par les apnées du sommeil, la médication antalgique et des troubles psychiques sont susceptibles d'entraîner de tels troubles selon les explications des spécialistes.

Si l'examen réalisé par Mme P_____ retient bien de tels troubles, il ne se prononce nullement sur leur sévérité et leurs répercussions sur la capacité de gain du recourant – qu'il appartient du reste à un médecin d'apprécier.

L'instruction est ainsi incomplète sur ce point.

8.6 Compte tenu de ces éléments, la Cour de céans ne dispose pas des éléments permettant de trancher le litige.

Lorsque le juge constate qu'une expertise est nécessaire, il doit en principe la mettre en œuvre lui-même. Un renvoi à l'administration reste cependant possible, par exemple lorsqu'il est justifié par l'examen d'un point qui n'a pas du tout été investigué (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). En l'espèce, au vu des carences du volet psychiatrique de l'expertise du SMEX et de l'absence d'investigations probantes des troubles neuropsychologiques, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, comprenant un volet neuropsychologique, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit à la rente.

On précisera encore qu'une procédure parallèle oppose devant la Cour de céans le recourant à l'assurance-accidents (cause A/706/2023), laquelle porte également sur la révision du droit aux prestations et implique également le renvoi pour investigation des troubles neuropsychologiques. Dans ces circonstances, il paraît opportun que l'examen neuropsychologique soit organisé de concert avec l'assurance-accidents, dans le respect des exigences de participation prévues à l'art. 44 LPGA.

9. Le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

La procédure en matière d'octroi de prestations d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite, l'intimé supporte l'émolument de procédure de CHF 200.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire (mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, comprenant un volet neuropsychologique) et nouvelle décision au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser une indemnité de dépens de CHF 2'000.- au recourant.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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