

GE_GERICHTE A/2949/2022 vom 30. Mai 2024

GE Cour de justice, 2024-05-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2949_2022

FR: GE_GERICHTE A/2949/2022 du 30 mai 2024

IT: GE_GERICHTE A/2949/2022 del 30 maggio 2024

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 3

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable.

E. 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.

E. 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.

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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.

E. 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 asséculogique 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).

E. 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).

E. 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).

E. 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%.

E. 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. Quoiqu'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.

E. 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.

E. 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.

E. 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.

E. 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'expertise psychiatrique, 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.

E. 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.

E. 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.