

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1203/2011

ATAS/95/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 janvier 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à CHATELAINE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

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

EN FAIT

1. Monsieur M_____ (ci-après : l'assuré), né en 1959, originaire de Bosnie, arrivé en Suisse en 1983, a d'abord travaillé comme saisonnier, puis comme ouvrier du bâtiment et, enfin, comme grutier. Au surplus, il a également exercé à titre accessoire l'activité de nettoyeur.
2. En août 1993, l'assuré a été victime d'un accident domestique : il a chuté du haut d'une fenêtre - d'une hauteur d'environ un mètre - sur le dos, puis sur la tête.
3. Par décision du 18 juin 1996, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OAI) lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 29 août 1994. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :
 - un rapport d'examen neuropsychologique du 21 octobre 1994 concluant à un ralentissement psychomoteur important, à un syndrome douloureux limitant fortement les capacités de concentration et d'action, à une certaine difficulté de programmation et de mobilité intellectuelle ainsi qu'à une limitation des capacités de mémoire immédiate et d'apprentissage;
 - un rapport d'expertise rendu le 31 octobre 1994 par le Dr A_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à l'intention de la SUVA, concluant à un syndrome post-commotionnel évolutif, à une suspicion d'atteinte frontale, à une aggravation des séquelles douloureuses et un état dépressif réactionnel; l'expert jugeait l'assuré totalement incapable d'exercer la moindre activité;
 - un rapport du Dr B_____, du Département d'oto-neuro-ophtalmologie de l'Hôpital Universitaire de Genève (HUG) du 16 novembre 1994, concluant à un syndrome post entorse cervicale avec cervicalgies, à des migraines post-traumatiques, à des troubles neuropsychologiques d'intensité modérée, à un état dépressif et à un spondylolisthésis en L5-S1 pouvant jouer un rôle dans les lombalgies surajoutées;
 - un rapport de sortie de la Clinique de réadaptation de Bellikon du 8 février 1994 concluant à un syndrome cervico-cérébral, à un syndrome lombo-spondylogène gauche, à une évolution dépressive et à une totale incapacité de travail dans l'activité de machiniste;
 - un rapport d'expertise du Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, du 26 mars 1996, concluant à des algies fonctionnelles psychogènes chroniques et stéréotypées, à projection motrice diffuse, avec comportement simulateur fruste et buté, de modèle analogique primaire, à des lésions rachidiennes

préexistantes (spondylose, léger trouble statique du rachis, spina bifida occulta, ...) et à l'absence de séquelles accidentelles.

4. Une première révision du dossier a été initiée en octobre 1998, qui s'est terminée par la communication, le 9 décembre 1998, que l'état de l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
5. Une seconde révision du dossier a été initiée en mars 2001. Une fois encore, par communication du 24 août 2001, l'OAI a estimé que l'état de l'assuré n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.
6. ZURICH ASSURANCES, après avoir mandaté un détective privé en février 1999, a mis fin à ses prestations en faveur de l'assuré en se basant sur le rapport rendu par le détective en date du 3 avril 1999. L'assuré a contesté la position de l'assurance devant le Tribunal de première instance (TPI), lequel a alors confié au Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, le soin de procéder à une expertise judiciaire.

L'expert psychiatre a rendu son rapport en date du 29 novembre 2002. Il a confirmé les diagnostics de syndrome post-commotionnel, syndrome douloureux somatoforme persistant, épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques et a conclu à une totale incapacité de travail depuis l'accident du 29 août 1993, de sorte que l'assurance a finalement été condamnée à reprendre le versement de ses prestations.

Dans son rapport, le Dr D_____ a souligné que les constatations du détective n'avaient pu porter que sur le physique ou le comportement de l'assuré et non sur sa souffrance psychique ou son statut mental. Les quelques considérations psychologiques (possibilité de sourire, discussion animée avec irritabilité, agitation psychomotrice, changement de comportement lorsqu'il ne se sentait pas observé) étaient compatibles avec les diagnostics psychiatriques retenus.

Le Dr D_____ a conclu à l'incapacité totale de l'assuré à exercer la moindre activité, incapacité qu'il a fait remonter à 1993 et dont il a précisé qu'elle n'avait plus évolué depuis.

7. Une troisième révision a été initiée par l'OAI en juin 2004, qui s'est conclue, une fois encore, par une communication du 6 août 2004 considérant que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente.

Le Dr E_____ avait indiqué que son patient souffrait toujours d'un état dépressif moyen avec syndrome somatique, d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un status post-commotion entraînant une totale incapacité de travail. Le Dr F_____ avait confirmé ce constat (status après TCC avec commotion, syndrome post-commotionnel, rachialgies diffuses

chroniques post-traumatiques d'origine mixte, syndrome douloureux somatoforme persistant et épisode dépressif moyen avec syndrome somatique).

8. Une nouvelle révision du dossier a été initiée en janvier 2009. A cette occasion, le Dr E_____, en date du 16 janvier 2009, a indiqué que l'état psychique de son patient demeurait stationnaire.
9. Constatant, d'une part, que le Dr E_____ ne précisait ni le traitement suivi ni la fréquence des consultations, ni les raisons qui l'avaient conduit à retenir le diagnostic de trouble dépressif, d'autre part, que les troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration allégués par le médecin ne semblaient pas avoir été investigués par une évaluation neuropsychologique, le Service médical régional de l'AI (SMR) a estimé ne pas disposer de suffisamment d'éléments pour se déterminer quant à un éventuel trouble psychique incapacitant et a suggéré la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire.
10. Le mandat d'expertise a été confié au Centre d'expertises médicales (CEMed), plus particulièrement aux Drs G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, lesquels ont rendu leur rapport en date du 2 juillet 2010.

Sur le plan rhumatologique, l'expert a retenu des rachialgies sur trouble dégénératif et des douleurs chroniques de l'épaule droite sur tendinopathie chronique. Il a admis que le tableau rhumatologique était probablement incompatible avec la profession d'origine de l'assuré - à savoir celle de grutier-machiniste - mais estimé qu'en revanche, l'intéressé conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée - c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, le travail en hauteur et permettant d'alterner relativement librement les stations assises et debout.

Sur le plan psychique, l'expert a estimé que l'épisode dépressif observé dans l'expertise du Dr D_____ de 2002 était désormais en rémission, que le diagnostic de majoration des symptômes pour raisons psychologiques ne s'accompagnait pas de comorbidité psychiatrique et qu'il n'était donc pas invalidant.

Il a par ailleurs été procédé à un nouvel examen neuropsychologique qui a été jugé superposable au dernier bilan neuropsychologique effectué en 1994. Cependant, les experts ont estimé que d'autres facteurs, étrangers à l'accident, influençaient de manière significative le comportement et le niveau de performance de l'assuré aux tests : plusieurs éléments suggéraient une exagération des troubles compromettant toute mesure quantifiée du fonctionnement cognitif de l'assuré ainsi que toute possibilité d'interprétation des données recueillies.

Pour le reste, l'expert a relevé que l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par l'expert D_____ justifiait rarement une incapacité de travail durable.

Pour leur part, ils ont jugé que les troubles dégénératifs et la tendinopathie de l'épaule droite justifiaient certes des limitations mais pas d'incapacité de travail. Quant au trouble dépressif récurrent, il était en rémission. Selon eux, les incapacités de travail sur le plan psychiques auraient été transitoires entre 1994 et 2002. En revanche, ils ont retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique associée, diagnostic confirmé par les résultats des tests neuropsychologiques. Ils ont conclu à une capacité de travail complète dans toute activité respectant les limitations somatiques, sans diminution de rendement.

11. Le dossier de l'assuré a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, le 7 octobre 2010, s'est étonné que le diagnostic de syndrome post-commotionnel ait été retenu jusqu'en 2002 puisque l'assuré ne semblait pas avoir perdu connaissance lors de sa chute (du haut d'une échelle et d'une distance d'environ 80 cm du sol, d'abord sur les fesses, puis sur la tête).

Le SMR a ajouté que plusieurs éléments relevés par les experts contrastaient avec les conclusions de l'examen neuropsychologique - qui concluait à un ralentissement psychomoteur marqué qui n'avait pas été observé par les experts.

Se référant aux observations des experts, le SMR a considéré que l'assuré ne souffrait plus d'aucune atteinte justifiant une incapacité de travail ; il y avait donc eu amélioration notable de son état de santé, notamment psychique, puisque le CEMed n'avait pas retenu le diagnostic de trouble dépressif, d'une part, et qu'il existait un trop grand décalage entre les plaintes et les éléments objectifs, d'autre part.

Le SMR a admis qu'il était difficile de déterminer précisément à quand remontait l'amélioration en question mais a considéré que l'on pouvait admettre qu'elle était intervenue fin 2008 puisqu'il n'y avait pas eu de plaintes évocatrices d'un trouble dépressif depuis lors.

12. La division de réadaptation professionnelle de l'OAI s'est alors livrée à une évaluation théorique du degré d'invalidité et a conclu à un degré d'invalidité de 32,7%.
13. Par décision du 22 mars 2011, l'OAI a supprimé la rente allouée jusqu'alors à l'assuré avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, étant précisé qu'un recours contre cette dernière n'aurait pas d'effet suspensif.

La décision de l'OAI repose principalement sur le rapport d'expertise du CEMed du 6 juillet 2010 et sur l'avis émis par le SMR le 7 octobre 2010.

Bien que le degré d'invalidité reconnu à l'assuré permette d'éventuelles mesures de réadaptation, celles-ci ont été refusées à l'assuré motif pris de son manque de motivation démontré par l'exagération des troubles relevée par les experts. L'OAI a cependant précisé qu'une aide au placement pourrait éventuellement être accordée à l'assuré sur demande expresse et motivée de sa part et pour autant qu'il participe activement aux mesures proposées.

14. Par écriture du 21 avril 2011, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant préalablement à ce que l'OAI soit invité à produire l'intégralité des échanges de correspondances avec LA VAUDOISE ASSURANCES et ZURICH ASSURANCES, à ce que le CEMed soit invité à présenter les documents remis par l'OAI et les assurances pour baser son expertise, à ce que le CEMed soit invité à produire les diplômes professionnels des Drs H_____ et I_____ et de Madame O_____, à l'audition de ses médecins traitants et à la mise en œuvre d'une expertise médicale indépendante orthopédique et psychiatrique. Quant au fond, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse.

L'assuré soutient que la procédure de révision initiée par l'intimé l'a été sur la suggestion des autres assureurs (LA VAUDOISE ASSURANCES et ZURICH ASSURANCES). Il se déclare convaincu de l'existence d'"un dossier occulte" entre ces assureurs privés et l'OAI. Il s'étonne que le CEMed ait été informé de l'intervention d'un détective et en tire la conclusion que son rapport en a été faussé.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 20 mai 2011, a conclu au rejet du recours.

L'intimé fait remarquer que le fait qu'un détective a été mandaté ressort clairement du rapport d'expertise psychiatrique du Dr D_____ (p. 19), rapport dont le CEMed a bien entendu eu connaissance.

Quant à l'indépendance des experts du CEMed, l'intimé se réfère à la jurisprudence et relève en particulier que le curriculum vitae des experts ne figure pas au nombre des critères reconnus par celle-ci comme étant de nature à influencer positivement ou négativement la valeur probante d'une expertise.

16. Le 24 juin 2011, l'assuré a produit un courrier du Dr F_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales.

Ce dernier y reconnaissait ne pouvoir donner un avis d'expert sur le plan psychique.

Il relatait avoir constaté en septembre 2009 que l'évolution continuait à être défavorable : apparition d'un diabète, de douleurs abdominales, de difficultés cardio-respiratoires, avec détérioration nette des valeurs tensionnelles en juin 2009 ; les précordialgies étaient certes présentes depuis une dizaine d'années, associées à

une légère hypertension, mais ces troubles s'étaient nettement accentués durant l'été 2009.

Sur le plan rhumatologique, des douleurs de l'épaule droite étaient apparues en avril 2009, avec une accentuation des cervico-scapulalgies. Le médecin avait retenu le diagnostic de poussées aiguës de cervicalgies dans le cadre de cervicalgies chroniques consécutives aux modifications dégénératives déjà connues. Une infiltration pratiquée au mois d'août 2009 avait eu un bon résultat mais passager.

Quant aux douleurs lombaires, elles étaient certes présentes depuis l'accident mais s'étaient compliquées durant l'automne 2009 de sciatalgies à droite. Une IRM lombaire pratiquée en janvier 2010 avait mis en évidence une hernie discale L5-S1 corroborant une détérioration sur le plan rhumatologique, même si elle n'était pas très importante.

Le médecin en tirait la conclusion qu'on ne pouvait en tout cas pas parler d'une amélioration sur le plan somatique et s'étonnait dès lors que les experts aient pu conclure à une telle amélioration depuis la fin de l'année 2008.

17. Par écriture du 24 août 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours en se référant à un avis de son SMR, selon lequel le rapport du Dr F_____ n'apporte aucun élément qui n'ait déjà été connu ou pris en compte.
18. Une audience s'est tenue en date du 6 octobre 2011, au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____, qui suit l'assuré depuis avril 1994.

Le témoin a expliqué avoir prescrit à l'assuré des antidépresseurs (Sarotem Retard, 2x25mg/jour) et des anxiolytiques. Le Sarotem Retard avait par la suite été remplacé par du Surmontil (dont le témoin a souligné qu'il s'agit bel et bien d'un antidépresseur), puis par du Zoloft (50mg). S'y ajoutaient toujours des anxiolytiques et du Temesta.

Le témoin a indiqué qu'en qualifiant l'état de son patient de stationnaire, il entendait par là qu'il n'y avait eu ni aggravation, ni amélioration ; durant les quinze dernières années, l'état de l'assuré avait cependant fluctué au gré de son état physique ou de son environnement familial.

Le médecin a émis l'avis que son patient est toujours dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité.

Le témoin a précisé n'avoir pas été contacté par l'expert psychiatre.

Il a expliqué qu'au début du suivi, il recevait l'assuré une fois par semaine. Si la fréquence des consultations avait diminué à une fois par mois, c'était seulement en

raison des limitations posées par l'assurance-maladie mais l'état de l'assuré justifierait une consultation tous les quinze jours.

Au nombre des limitations fonctionnelles, le témoin a mentionné : l'anxiété, les problèmes de concentration et de mémoire, un ralentissement psychomoteur, les tensions musculaires, la passivité dans laquelle s'est installé le patient, mais aussi la méfiance qui s'est développée suite à l'enquête dont il a fait l'objet, méfiance qui, sans aller jusqu'au délire paranoïaque, a entraîné un repli sur soi incontestable et pourrait poser problème dans les relations interpersonnelles, que ce soit dans le cadre familial ou professionnel.

Le témoin a dit avoir également procédé à des dosages sanguins, lesquels se sont révélés non conformes. Il a précisé que la corrélation entre posologie et résultats des tests n'est pas fiable à 100 %.

19. Entendu à son tour, le Dr F _____, qui suit l'assuré depuis son accident, a indiqué le recevoir en consultation plus ou moins régulièrement selon l'intensité des douleurs.

Selon le médecin, l'évolution de l'état de l'assuré est toujours défavorable : les plaintes initiales sont toujours présentes. En 2009, sont apparues de nouvelles affections qui, bien que pas très graves, ont contribué à détériorer encore l'état déjà précaire de l'assuré (diabète, inflammation du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec limitation modérée, accentuation des douleurs lombaires irradiant dans les membres inférieurs, lithiase vésiculaire). Qui plus est, depuis l'accident, l'assuré souffre de troubles neuropsychologiques importants qui n'ont pas évolué.

Au fil des années, le médecin a affiné son diagnostic et retenu celui de syndrome douloureux somatoforme persistant.

S'agissant du rapport du CEMed, le témoin a précisé que les douleurs du rachis étaient présentes depuis l'accident.

Selon le médecin, l'ensemble des affections, à la fois psychiques et physiques, ne permet pas à l'assuré d'envisager la reprise d'une activité lucrative quelconque. Son état, déjà mauvais au départ, s'est en effet encore péjoré.

S'agissant des lombosciatalgies droites, une IRM lombaire pratiquée en janvier 2010 a montré une hernie L5-S1 à droite, qui, même si elle ne comprime pas le nerf, s'en rapproche fortement (foramen).

Le patient se plaint également depuis 2008-2009 de fourmillements et engourdissements au niveau des membres inférieurs, pour lesquels il a consulté le Dr J _____, neurologue, en septembre 2011. Ce médecin a confirmé que les troubles devaient être mis en relation avec la hernie discale, d'autant qu'a

également été mise en évidence une absence de réflexe achilléen droit correspondant à S1, ainsi qu'une perturbation de la sensibilité. Le médecin suspecte une poly-neuropathie des membres inférieurs. Ces lombosciatalgies ont pour conséquence un déficit sensitivomoteur du membre inférieur droit.

Le Dr F_____ s'est étonné de la suppression de la rente allouée à son patient puisque les troubles neuropsychologiques très importants constatés chez lui sont toujours présents - en particulier un énorme ralentissement psychomoteur que l'on peut observer et qui se répercute dans tous ses gestes quotidiens -, tout comme les douleurs du rachis. Le médecin a émis l'avis que l'état de son patient, loin de s'améliorer, s'était au contraire aggravé, même si c'était de manière modérée.

Le médecin a mentionné les limitations suivantes : ralentissement moteur important, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité encore augmentée par le diabète et limitations généralement évoquées en cas de trouble de la colonne lombaire (efforts, déplacements, mouvements répétés du tronc, accroupissements, port de charges, etc.) et de l'épaule droite (mobilité limitée, port de charges, etc.).

20. Le 15 décembre 2011, le recourant a produit le dernier rapport établi par le Dr J_____ suite à une IRM du 28 novembre 2011.

Le neurologue, après un examen électroneuromyographique (ENMG) des membres inférieurs, a considéré qu'il n'y avait pas d'argument en faveur d'une polyneuropathie mais en revanche, des signes d'atteinte radiculaire. Les résultats étaient compatibles avec la hernie discale en L5-S1 médiane et paramédiane droite mise en évidence par l'IRM lombaire du 18 janvier 2010.

21. Invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 24 janvier 2012 a conclu à la mise sur pied d'une expertise judiciaire neurologique afin d'investiguer les faits nouveaux évoqués par le Dr J_____, examiner s'il y avait eu aggravation et modification des limitations fonctionnelles par rapport à celles retenues en juillet 2010 et si cela avait une influence sur la capacité de travail exigible dans une activité adaptée.
22. Par écriture du 17 février 2012, l'assuré a indiqué ne pas s'opposer à l'expertise sollicitée.
23. Par ordonnance du 12 juin 2012, la Cour de céans a mandaté le Dr K_____, qui, par courrier du 26 juin 2012, a refusé le mandat.
24. En conséquence de quoi, la Cour de céans a rendu une ordonnance d'expertise en date du 20 septembre 2012 (ATAS/1144/2012), aux termes de laquelle elle a mandaté le Dr L_____, contre lequel les parties ont indiqué n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir.

25. Le Dr L_____ a rendu son rapport d'expertise le 30 novembre 2012, sur la base du dossier de la Cour de céans, d'un entretien avec l'assuré, suivi d'un examen neurologique et d'un examen ENMG des membres inférieurs, ainsi que des documents radiologiques apportés par l'expertisé.

L'expert a relevé que la plupart des intervenants étaient relativement unanimes sur l'existence d'une discordance entre le tableau subjectif - fait de plaintes majeures - et l'absence de données objectives corroborant celles-ci.

L'expert a jugé que l'anamnèse n'apportait pas d'argument nouveau en faveur d'une pathologie neurologique spécifique. Les plaintes étaient assez mal systématisées, dominées par un syndrome douloureux diffus intéressant la tête, le rachis, les épaules et les genoux. En plus de ces symptômes, connus et anciens, l'assuré se plaignait également de troubles sensitifs distaux aux membres inférieurs, décrits comme une sensation de perte de sensibilité des pieds et parfois une sensation de pieds "chauds".

Objectivement, l'expert a retrouvé, à l'instar du Dr J_____, une aréflexie achilléenne droite. En revanche, il a estimé que le reste du status neurologique détaillé n'apportait pas d'autres arguments en faveur d'une pathologie spécifique du système nerveux central ou périphérique. En particulier, l'expert a relevé l'absence de syndrome lombo-vertébral significatif et de signe radiculaire irritatif. Il n'a pas non plus constaté d'altération de la sensibilité tactile, algique, vibratoire, posturale ou thermique. Par contre, l'examen de la sensibilité a mis en évidence un hémisindrome sensitif gauche, lequel n'a pu cependant être expliqué par une atteinte somatique, l'IRM cérébrale effectuée en novembre 2012 s'étant révélée normale.

Sur le plan électro-physiologique, l'expert a confirmé la stricte normalité de tous les paramètres, d'ailleurs corroborée par l'examen du Dr J_____. Il n'a trouvé aucun argument complémentaire en faveur d'une poly-neuropathie sous-jacente mais a admis la possibilité d'une poly-neuropathie intéressant les petites fibres, expliquant qu'une telle poly-neuropathie se manifeste en général par des douleurs neuropathiques distales aux membres inférieurs, ce qui ne correspond cependant pas aux doléances de l'expertisé. Dès lors, l'expert a conclu que même s'il devait exister une discrète neuropathie sous-jacente non décelée objectivement, celle-ci ne pourrait être considérée comme incapacitante.

L'expert n'a par ailleurs pas retrouvé à l'examen les anomalies détectées par le Dr J_____ (signes de dénervation chronique dans le myotome S1 droit compatibles avec une ancienne souffrance radiculaire S1 droite), tout en admettant que l'examen myographique n'est pas toujours reproductible. Il a cependant relevé que la dernière IRM lombaire effectuée en novembre 2012 ne permettait pas de documenter une lésion suffisante et potentiellement responsable d'une souffrance radiculaire S1 droite, que ce soit une hernie discale, un canal rétréci, ou une autre

pathologie dégénérative, telle un spondylolisthésis. Il en a tiré la conclusion que l'aréflexie achilléenne droite était le reflet d'un syndrome radiculaire S1 droit actuellement asymptomatique, précisant n'avoir d'ailleurs pas retrouvé de plaintes bien systématisées évoquant un syndrome radiculaire au membre inférieur droit.

En conclusion, l'expert a conclu que le tableau subjectif ne s'expliquait pas par une pathologie neurologique spécifique et que d'un strict point de vue neurologique, la capacité de travail était entière. Le seul diagnostic retenu a été celui de syndrome radiculaire S1 droit séquellaire, non déficitaire. Pas de limitations fonctionnelles sur le plan neurologique, ni d'incapacité de travail sur ce plan-là. En définitive, l'expert a confirmé l'appréciation du CEMed concernant l'absence d'un éventuel syndrome post-commotionnel, dont il a fait remarquer que le pronostic est en général favorable en l'espace de quelques semaines, au maximum deux ans. Actuellement, l'expert a expliqué que le tableau subjectif n'a plus rien à voir avec un tel syndrome. L'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de l'expertise du CEMed a été qualifié de très complet et détaillé et il en a partagé les conclusions. En revanche, il n'a pu se prononcer sur les appréciations rhumatologiques et psychiatriques qui ne ressortent pas de sa compétence.

26. Dans ses conclusions après enquêtes du 10 janvier 2013, l'intimé a considéré que l'expertise ne permettait pas de conclure à une aggravation de l'état de santé depuis juillet 2010 et a persisté dans ses conclusions visant au rejet du recours.
27. Quant au recourant, il a fait de même par écriture du 14 janvier 2013.

Le recourant soutient que ses problèmes de santé sur le plan psychiatrique justifient à eux seuls le maintien d'une rente entière d'invalidité.

Il se réfère au rapport d'expertise du Dr D_____ réalisé en 2002 et conteste que son état se soit amélioré depuis lors. Il rappelle que selon son psychiatre-traitant, son état est stationnaire depuis quinze ans et son incapacité à exercer la moindre activité totale.

Le recourant allègue que l'AI a très certainement établi, le concernant, un "dossier occulte" comportant la correspondance échangée avec les assureurs privés, dont il soupçonne que ce sont eux qui ont incité l'AI à initier une révision de son dossier. Il en veut pour preuve le fait que les experts du CEMed ont affirmé que l'expertise, bien que mandatée par l'office AI, avait été sollicitée par l'assurance-vie suite à une enquête de détective (rapport CEMed p. 14 in fine) et en tire la conclusion que le psychiatre du CEMed a été influencé de manière inadmissible par des éléments ne figurant pas au dossier, raison pour laquelle il demande que soit mise sur pied une expertise psychiatrique indépendante.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence de la Cour de céans et de la recevabilité du recours ayant d'ores et déjà été examinées, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).
3. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée au recourant. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente sont présentement remplies.
4. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

5. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les

circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

6. a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 18 juin 1996 était principalement motivée par un ralentissement psychomoteur important, une limitation des capacités de concentration, d'action, de mémoire et d'apprentissage, un syndrome post-commotionnel évolutif, une suspicion d'atteinte frontale, un syndrome post entorse cervicale, un spondylolisthésis L5-S1 et un état dépressif réactionnel.

Le dossier de l'assuré a fait l'objet de plusieurs révisions successives. La dernière avant la décision litigieuse s'est conclue, le 6 août 2004, par le maintien de la rente au motif qu'aucun changement n'était intervenu dans l'état de l'assuré.

Il convient dès lors d'examiner si, depuis lors, une amélioration est survenue, qui justifie la suppression de rente litigieuse, en mars 2011.

- b) Sur le plan somatique, il convient de se référer en premier lieu aux conclusions de l'expertise judiciaire du Dr L_____, qui peut se voir reconnaître pleine valeur probante.

On rappellera qu'en principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante.

En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Tel n'est pas le cas en l'occurrence : l'expert neurologue L_____ a répondu aux questions posées et ses conclusions ne sont pas contradictoires. Le recourant ne les conteste d'ailleurs pas, puisqu'il allègue que son invalidité se justifie par ses seules atteintes psychiques.

On se référera également aux conclusions rhumatologiques du Dr H_____, du CEMed, qui a lui aussi conclu, d'un point de vue physique, à une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

En effet, cette expertise est fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, elle comporte une discussion convaincante de la causalité et apporte des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (cf. J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Qui plus est, elle est complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Ainsi, le médecin du CEMed a relevé que l'assuré se plaignait essentiellement de douleurs du rachis, surtout lombaires, de l'épaule droite, et de céphalées relativement fréquentes. Il a relevé que l'examen radiologique par résonance magnétique (IRM) lombaire pratiqué en janvier 2010 montrait une hernie discale L5-S1 droite et des discopathies étagées mais pas de compression de la racine S1 droite. Quant à la radiographie cervicale, elle montrait une discopathie C6-C7 banale. Au niveau de l'épaule, l'examen clinique permettait de suspecter une tendinopathie chronique de la coiffe de rotateurs ou un conflit sous-acromial et la radiographie montrait effectivement un espace sous-acromial probablement diminué par une conformation susceptible d'irriter le tendon du sus-épineux mais l'examen clinique était décrit comme rassurant, sans élément pour une rupture tendineuse. Quant aux céphalées, l'expert a relevé qu'elles n'avaient pas fait l'objet d'investigations particulières, l'assuré s'en étant peu plaint auprès de ses thérapeutes et le paracétamol suffisant à faire disparaître les douleurs. En conclusion, il a retenu des rachialgies sur trouble dégénératif et des douleurs chroniques de l'épaule droite sur tendinopathie chronique. Il a admis que ce tableau était probablement incompatible avec la profession de grutier-machiniste, mais qu'il l'était en revanche avec l'exercice à plein temps d'une activité adaptée – c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur droit, le travail en hauteur et permettant d'alterner relativement librement les stations assises et debout.

A cet égard, on relèvera que les limitations sont les mêmes, sur le plan physique, que celles alléguées par le Dr F_____, lequel a reconnu en audience que si de nouvelles affections étaient apparues en 2009, elles n'étaient « pas très graves ». Ce médecin n'a amené aucun élément objectif permettant de mettre en doute les expertises menées tant par le Dr H_____ que par le Dr L_____ d'un point de vue strictement physique. En particulier, le Dr L_____ a expliqué de manière convaincante les raisons pour lesquelles il a estimé que le tableau subjectif ne s'expliquait pas par une pathologie neurologie spécifique.

Eu égard à ces considérations, il y a lieu d'admettre que, sur le plan physique, la situation s'est améliorée puisque le syndrome post-commotionnel a désormais disparu, et de retenir, avec les experts H_____ et L_____, une totale capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles énoncées.

c) Sur le plan psychique, l'intimé se réfère à l'avis de l'expert G _____ en 2010. Le recourant invoque quant à lui l'expertise réalisée par le Dr D _____ en 2002, ainsi que l'avis de son psychiatre traitant.

Là encore, l'expertise du Dr G _____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où le médecin s'est fondé sur une documentation complète et des diagnostics précis et qu'il a discuté ses conclusions de manière convaincante. Il a ainsi expliqué que l'examen objectif ne permettait pas de retenir un trouble dépressif, vu l'importance du décalage entre les plaintes et les éléments objectifs, raison pour laquelle il a estimé que l'épisode dépressif observé par le Dr D _____ en 2002 était désormais en rémission. Les plaintes douloureuses, le comportement démonstratif, l'exagération des symptômes dépressifs ou anxieux parlaient en faveur d'une majoration des symptômes somatiques pour raisons psychologiques (diagnostic d'ailleurs également retenu par le Dr D _____ à l'époque). L'expert a également relevé que la compliance médicamenteuse était très mauvaise – fait confirmé par le psychiatre traitant lui-même -, ce dont il s'est étonné, au vu de l'intensité des douleurs annoncées. En définitive, le trouble dépressif étant en rémission, le diagnostic de majoration des symptômes pour raison psychologique ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité suffisante pour lui reconnaître un caractère invalidant.

Au surplus, l'expert psychiatre a fait procéder à un nouvel examen neuropsychologique – qualifié de très complet et satisfaisant par l'expert judiciaire neurologue par la suite – qui, s'il a révélé un ralentissement psychomoteur important et un niveau de performance extrêmement faible dans les épreuves exécutives, attentionnelles et mnésiques, et, globalement, un tableau superposable au dernier bilan neuropsychologique de 1994, a également mis en évidence que d'autres facteurs, étrangers à l'accident, influençaient sans doute de manière significative le comportement et le niveau de performance de l'assuré aux tests : l'absence de concordance entre l'événement accidentel - somme toute banal et ayant conduit tout au plus à un TCC mineur - et la chronicisation et la sévérité des difficultés cognitives actuelles mais aussi entre la sévérité des troubles cognitifs mesurés - dont l'allure évoquait celle d'un état démentiel avancé - et les exigences d'une vie autonome suggérait une exagération des troubles compromettant toute mesure quantifiée du fonctionnement cognitif de l'assuré ainsi que toute possibilité d'interprétation des données recueillies. En effet, les résultats de deux tests mnésiques évoquaient un biais négatif de réponses.

Tout comme l'expert judiciaire neurologue, l'expert psychiatre a relevé qu'un trouble post-commotionnel régresse au fil des semaines et disparaît totalement en général dans les deux ans.

Comme déjà relevé, les conclusions de l'expert psychiatre apparaissent convaincantes. C'est en vain que le recourant invoque l'avis du Dr D_____, antérieur de plusieurs années à l'expertise du CEMed, pour invalider cette dernière.

Quant à l'avis de son psychiatre traitant, il ne suffit pas non plus à jeter le doute sur les conclusions du Dr G_____. Certes, le Dr E_____ soutient que l'état de son patient est stationnaire depuis plusieurs années et conclut qu'il est toujours dans l'incapacité totale de travailler. Il ne s'agit cependant là que d'une appréciation différente du cas, sans apport d'élément objectif objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour en remettre en cause les conclusions de celle-ci (cf. notamment arrêt 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3). Dans ces circonstances, les conclusions du Dr G_____ ne sauraient être remises en cause au seul motif que le psychiatre traitant émet une opinion divergente. Il n'y a donc pas lieu d'ordonner la mise sur pied d'une expertise psychiatrique supplémentaire.

d) Dans ces circonstances, il y a lieu d'admettre qu'il y a bel et bien eu amélioration de l'état du recourant au point de lui permettre l'exercice à plein temps d'une activité adaptée.

7. A cet égard, la Cour constate que la « thèse du complot » développée par le recourant, qui soutient que la procédure de révision initiée par l'intimé l'aurait été à la suggestion d'autres assureurs, qu'un « dossier occulte » aurait été constitué et que ce dernier aurait influencé les experts du CEMed ne résiste pas une seconde à l'examen.

En effet, ainsi que le fait remarquer l'intimé, le fait qu'un détective ait été mandaté ressort clairement du rapport d'expertise psychiatrique du Dr D_____ (p. 19), rapport dont le CEMed a bien entendu eu connaissance. Le CEMed n'a ainsi fait que se référer à un fait évoqué par l'expert psychiatre s'étant préalablement penché sur la situation du recourant. On ne saurait en tirer de conclusions quant à l'impartialité des experts, lesquels n'ont par ailleurs pas à produire leur curriculum vitae, critère qui ne fait au demeurant pas partie de ceux énumérés par la jurisprudence au nombre de ceux pertinents pour juger de la valeur probante d'une expertise.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est par conséquent à juste titre que l'intimé s'est livré à une évaluation théorique du degré d'invalidité en comparant le revenu annuel qu'aurait réalisé l'assuré en bonne santé (66'810 fr.) à celui qu'il aurait pu réaliser malgré l'atteinte à sa santé (44'984 fr.), ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 32,7%.

S'agissant du revenu avec invalidité, il a été admis qu'en raison des limitations fonctionnelles, seule une activité légère était possible. Dès lors, l'OAI s'est référé aux données statistiques (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2008,

TA1, niveau 4 = 4'806 fr./mois pour 40h./sem. = 4'998 fr./mois pour 41,6 h./sem. = 59'979 fr. en 2008). Une réduction maximale de 25 % a été appliquée pour tenir de son âge (51 ans) et de la durée d'éloignement du marché de l'emploi.

Quant au revenu avant invalidité, l'OAI s'est basé sur la convention collective du travail applicable au domaine de la construction en 2008. Il en est ressorti qu'un ouvrier machiniste pouvait réaliser en 2008 un revenu de 66'810 fr. (29, 20 fr./h. x 2'112 h./an avec adjonction d'un treizième salaire).

Le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé n'apparaît pas critiquable. Il n'est au demeurant pas contesté en tant que tel par le recourant, de sorte qu'il y a lieu de s'y tenir.

Il y a donc lieu de confirmer la suppression de la rente d'invalidité, étant rappelé que l'intimé a précisé qu'une aide au placement pourrait être accordée à l'assuré sur demande expresse et motivée de la part de ce dernier et pour autant qu'il participe activement aux mesures proposées. Le recours est donc rejeté.

9. La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Le recourant, qui succombe, en supportera les frais, fixés en l'espèce à 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Au fond :

1. Rejette le recours.
2. Met un émolument de 200 fr. à la charge du recourant.
3. 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

Marie-Catherine SECHAUD

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