



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4200/2017

ATAS/479/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2019

5^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié aux ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Cédric KURTH

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Toni KERELZOV et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant portugais et né le _____ 1971, a travaillé en Suisse depuis 1993 en qualité d'ouvrier agricole et de chauffeur-livreur. Le 26 octobre 1996, il a subi un accident de la circulation routière, lui provoquant une contusion cervicale. En raison de douleurs persistantes, il a fait l'objet de multiples investigations médicales qui ont abouti aux diagnostics d'un syndrome somatoforme douloureux persistant sous forme d'une fibromyalgie et d'une hernie discale L5-S1 médiane paramédiane droite avec déviation en Z du rachis lombaire. Ces atteintes n'ont pas permis à l'assuré de poursuivre son métier à partir du 13 janvier 1998. Toutefois, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) a considéré que l'exercice d'une activité lucrative adaptée à son état de santé était raisonnablement exigible à 50 %. Par décision du 1^{er} décembre 1999, il a reconnu à l'assuré le droit à une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 1999.
2. Le 25 mai 2000, l'assuré a demandé une révision de son droit à la rente, son état s'étant aggravé. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a mandaté le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) pour une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport du 21 mai 2002, le COMAI a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de syndrome douloureux somatoforme persistant, d'épisode dépressif léger avec syndrome somatique et de personnalité narcissique à traits paranoïaques. Pour autant que l'assuré pût exercer une activité sans port de lourdes charges, sa capacité de travail était de 50 %. Ce faisant, les experts ont écarté la conclusion purement rhumatologique admettant une capacité de travail de 100 %, au motif que le syndrome douloureux était « bien réel et limitant, associé à une personnalité pathologique ». Les experts ont également retenu que le pronostic était réservé et qu'une aggravation à terme était à craindre.
3. Par décision du 23 septembre 2003, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assuré. Il a confirmé cette décision par décision sur opposition du 13 juillet 2004. La chambre de céans a rejeté le recours de l'assuré contre cette décision par arrêt du 14 décembre 2004 (ATAS/1064/2004). Ce jugement a été confirmé par l'arrêt du Tribunal fédéral du 30 juin 2006 (cause I 43/05).
4. Par courrier du 16 août 2012, l'assuré a demandé une réévaluation de sa rente. À l'appui de sa demande, il a produit le certificat médical du 16 juillet 2012 du docteur B_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, attestant qu'en raison de sa pathologie, l'assuré était inapte à travailler à 100 %. Il a également produit le certificat médical du 9 août 2012 du docteur C_____, généraliste FMH, attestant que les symptômes de l'assuré étaient tels qu'il était inapte à travailler à 100 %.
5. Le 30 août 2012, l'assuré a fait parvenir à l'OAI le questionnaire pour la révision de la rente. Dans sa lettre d'accompagnement de la même date, il a fait valoir que son état de santé s'était aggravé durant les trois dernières années, ce qui l'avait amené, sur les conseils insistants de ses médecins traitants, à commencer une

psychothérapie. Ceux-ci considérant qu'il était totalement incapable de travailler, il requérait une rente d'invalidité entière.

6. Dans son rapport du 20 septembre 2012, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assuré s'était aggravé et qu'il y avait un changement de diagnostics dans le sens que l'assuré souffrait d'un état dépressif d'intensité moyenne et d'un syndrome somatoforme douloureux. L'aggravation datait de 2010 et avait nécessité une prise en charge psychiatrique. La compliance était optimale et il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Une reprise de travail ne pouvait être envisagée ultérieurement.
7. Dans son rapport du 28 septembre 2012, le Dr B_____ a également attesté une aggravation de l'état depuis plusieurs années. Dans les limitations fonctionnelles, il a mentionné des troubles cognitifs. La capacité de travail était nulle dans n'importe quelle activité. Il n'y avait pas toujours une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement consistait en Tryptizol 50 mg et antalgiques.
8. En mai et juin 2014, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertises médicales de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU). Dans le rapport d'expertise du 8 juillet 2014, l'expert psychiatre, le docteur D_____, a posé les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'épisode dépressif d'intensité moyenne et de trouble mixte de la personnalité de type narcissique et paranoïaque. Le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse des effets des médicaments, et avait résisté au traitement médical et paramédical qui n'arrivait qu'à freiner une évolution plus rapidement catastrophique et qui avait pu probablement empêcher un passage à l'acte tragique. Le syndrome douloureux s'accompagnait d'une comorbidité lourde composée d'un état dépressif et de troubles sévères de la personnalité qui avaient décompensés suite à l'accident relativement banal en 1996. L'état dépressif était l'expression de la souffrance très retenue de cet assuré dont la personnalité rigide et méfiante l'empêchait de partager cette souffrance avec l'autre. L'assuré avait l'impression de devoir constamment se défendre contre l'autre qu'il voyait toujours prêt à prendre l'avantage sur lui, à le trahir et à lui faire du mal. Le scénario suicidaire violent et extrême de l'assuré était tout à fait typique de ce type de personnalité chez qui le risque de passage à l'acte était très élevé. En raison du caractère figé depuis de nombreuses années, de la résistance au traitement et de la comorbidité psychiatrique lourde, la capacité ne s'était en tout cas pas améliorée depuis 2002 et était restée au plus à 50 %. Cet expert a admis qu'il subsistait une capacité de travail résiduelle en raison du soutien dont l'assuré bénéficiait de son réseau social, principalement familial, et d'un espoir, ténu, d'une réinsertion pour cet homme encore jeune qui conservait le projet d'améliorer sa situation médicale et socioprofessionnelle. L'expert rhumatologue, le docteur E_____, a émis le diagnostic de syndrome douloureux chronique de l'appareil moteur, d'étiologie indéterminée, touchant l'ensemble du corps. Il n'y avait pas de maladie proprement dite et les douleurs étaient à considérer comme

une symptomatologie. Elles n'étaient pas explicables, ce qui ne mettait néanmoins pas en doute l'authenticité des plaintes de l'assuré. Quant à l'experte neuropsychologue, Madame F_____, elle a constaté une diminution du rendement avec fatigabilité, à laquelle s'associaient des signes modérés de fléchissement exécutif. Les ressources mnésiques étaient médiocres. Sur le plan strictement cognitif, elle ne retenait pas une incapacité de travail significative dans la profession antérieurement exercée de serveur (sic). Tout au plus, on pouvait s'attendre à une diminution du rendement de l'ordre de 20 % en raison de la fatigabilité attentionnelle. Le bilan neurologique, effectué par le docteur G_____, n'a pas mis en évidence d'éléments clairement indicateurs d'une pathologie neurologique. En présence d'une pathologie paraissant intéresser l'ensemble du rachis et les quatre extrémités, sans topographie franchement radiculaire ou tronculaire, sans élément en direction d'une atteinte polyneuropathique et d'une atteinte du système nerveux central et compte tenu du résultat des examens pratiqués préalablement, le neurologue a également retenu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Il n'y avait aucune incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement sur le plan neurologique. Par mesure de prudence, une activité nécessitant un engagement physique particulièrement lourd et le port de charges de plus de 15 kg, était proscrite, étant donné les lésions dégénératives modérées au niveau cervical et la hernie discale lombaire. Dans l'appréciation du cas, les experts ont rapporté que l'assuré déclarait que la situation n'avait fait qu'empirer depuis 2002. Il se plaignait de douleurs localisées dans la paume et le dos des mains, la face antérieure et postérieure des coudes, les trapèzes, la jonction cervico-dorsale, le triangle du trapèze, l'occiput, les chevilles, les pieds, la base des pouces et la face latérale interne et externe des pieds. Au terme de l'entretien de synthèse, les experts n'ont pas retenu une amélioration depuis 2002 et ont considéré que la capacité de travail était toujours de 50 % pour des motifs psychiatriques. Le pronostic était sombre, dès lors que le trouble mixte de la personnalité de type narcissique et paranoïaque ne rendait pas une amélioration vraisemblable. Au contraire, une aggravation à terme était à craindre, l'assuré ressentant en permanence un sentiment d'injustice, notamment en rapport avec la non-reconnaissance de son statut de victime.

9. Dans son avis médical du 18 août 2014, la doctoresse H_____ du service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR) a examiné si le trouble somatoforme douloureux pouvait être considéré comme invalidant à la lumière des critères élaborés par le Tribunal fédéral. Elle a admis que le trouble mixte de la personnalité à type narcissique et paranoïaque constituait une comorbidité psychiatrique grave, son expression se manifestant par une méfiance, une personnalité rigide, une crainte de l'autre et par un scénario suicidaire violent et extrême (se trancher la carotide). Toutefois, l'épisode dépressif moyen devait être considéré comme faisant partie du trouble somatoforme douloureux et n'était ainsi qu'un symptôme d'accompagnement. Le critère du processus maladif sans rémission durable n'était pas rempli, l'assuré ne présentant aucune atteinte à la

santé. Il n'y avait pas non plus de perte de l'intégration sociale dans tous les domaines de la vie, l'assuré fonctionnant dans le cadre de la famille, s'occupant de l'administratif du couple, aidant son épouse à faire des courses et surfant sur internet. En l'absence de traitement à effet curatif, on ne pouvait parler d'échec véritable de traitement. Toutefois, le critère de l'état psychique cristallisé était présent au vu du fonctionnement de l'assuré et de son trouble mixte de la personnalité. Cela étant, la Dresse H_____ s'est ralliée à la conclusion des experts, selon lesquels la capacité de travail exigible était toujours de 50 %, l'assuré ayant encore quelques ressources pour mettre à profit sa capacité résiduelle de travail, compte tenu de son jeune âge également. Sur le plan physique, il y avait une limitation pour le port de lourdes charges.

10. Le 12 septembre 2014, l'OAI a informé l'assuré qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de révision, dès lors que son état de santé ne s'était pas aggravé.
11. Par acte du 14 octobre 2014, l'assuré s'est opposé à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Il a fait grief aux derniers experts mandatés de ne pas s'être prononcés sur le caractère invalidant ou non du trouble somatoforme douloureux. Plusieurs aspects liés à l'évaluation du caractère invalidant de ce trouble n'avaient pas été élucidés, si bien qu'il était nécessaire de compléter l'expertise pluridisciplinaire, principalement son volet psychiatrique. Il appartenait en effet à l'expert psychiatre et non au médecin du SMR de répondre à la question de savoir si la personne concernée disposait encore de ressources psychiques suffisantes pour faire face à ses douleurs et réintégrer le circuit économique.
12. Par courrier du 24 mars 2015, l'OAI a demandé aux experts de la PMU de se prononcer précisément sur la présence des critères élaborés par le Tribunal fédéral pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux. Dans leur réponse du 5 mai 2015, les docteurs I_____ et D_____ ont confirmé que le syndrome douloureux s'accompagnait d'une comorbidité lourde. Quant au processus maladif s'étendant sur plusieurs années, ils ont relevé que le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse de l'effet des médicaments. Ce syndrome résistait au traitement médical et paramédical, lequel avait freiné tout au plus une évolution encore plus catastrophique et probablement empêché un passage à l'acte tragique. La compliance était correcte. Enfin, les experts ont précisé « ... nous avons estimé que la perte d'intégration est relative et c'est sur la base de ce seul critère que nous avons retenu une capacité de travail résiduelle de 50 % et non pas d'une incapacité de travail totale ».
13. Dans son avis médical du 3 août 2015, le docteur J_____ du SMR a estimé qu'au vu de la complexité des atteintes, notamment des troubles de la personnalité, il conviendrait que la réadaptation évalue la compatibilité des atteintes avec un poste sur le marché du travail.

14. Dans son rapport du 29 mars 2016, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne et endocrinologie, a émis les diagnostics de fibromyalgie, diabète insulino-dépendant et trouble de l'humeur au long cours. La capacité de travail était nulle.
15. Du 6 février au 5 mars 2017, l'assuré a bénéficié d'un stage d'orientation professionnelle aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI). Au terme de la mesure, cet établissement a conclu à ce que l'assuré ne pouvait être réadapté dans le premier marché de travail. Il ne maintenait aucune position de travail durablement. La position assise était maintenue environ trente minutes et la position debout cinq à dix minutes. Les alternances étaient régulières et influençaient significativement toutes les activités. Il y avait aussi des ruptures fréquentes dans le rythme, l'assuré restant assis, se levant pour déambuler dans l'atelier, se rendant aux toilettes ou quittant l'atelier. Les variations de la résistance physique et de l'endurance étaient observables tout au long de la journée avec une péjoration au cours de l'avancée de la mesure. Les capacités d'apprentissage étaient très peu développées et ne permettaient d'aborder que des travaux de base, simples et répétitifs du domaine de l'industrie légère. Il y avait aussi des difficultés d'adaptation à la nouveauté, une polyvalence très restreinte et une fragilité psychique très présente. Les rendements mesurés étaient entre 25 et 45 %. Le maximum de 45 % n'a été obtenu qu'occasionnellement et n'a pas pu être maintenu sur la durée. L'assuré n'était toutefois pas une personne plaintive, même s'il a exprimé ne pas être capable d'assumer une quelconque activité professionnelle, ne serait-ce qu'à temps partiel.
16. Dans son rapport du 27 mars 2017, le docteur L_____ a mentionné notamment que l'assuré était également atteint d'un diabète de type II extrêmement mal équilibré malgré un traitement théoriquement efficace et bien conduit. Il exprimait des idées noires, à teneur suicidaire, et ne bénéficiait actuellement d'aucune prise en charge psychiatrique. Le stage avait montré que l'assuré n'avait aucune capacité de travail exploitable. Son état psychique et sa conviction d'être invalide rendaient toute mobilisation très difficile. Le pronostic professionnel était désastreux après vingt ans d'interruption d'activité et il n'y avait aucun élément pouvant espérer une amélioration clinique.
17. Dans son avis médical du 6 septembre 2017, le docteur M_____ du SMR a considéré que la Dresse K_____ ne fournissait aucun élément médical en faveur d'une aggravation éventuelle de l'état psychique. Par ailleurs, au vu du rapport de stage des EPI, on ne retrouvait aucun élément médical nouveau n'ayant pas été intégré dans l'évaluation précédente du SMR, si bien qu'il fallait considérer que la capacité de travail était toujours de 50 % dans toute activité respectant strictement toutes les limitations retenues.
18. Dans sa décision du 14 septembre 2017, l'OAI a rejeté la demande de révision, estimant que l'état de santé du recourant ne s'était pas détérioré.

19. Par acte du 18 octobre 2017, l'assuré a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique, sous suite de dépens. Il a relevé qu'il fallait également tenir compte de la lourde médication prescrite depuis son suivi psychiatrique et la découverte de son diabète en 2010 qui induisait des effets secondaires, notamment une grande fatigue. Par ailleurs, la Dresse K_____ avait conclu à une incapacité de travail de 100 %. Cela ressortait également du rapport des EPI. A cet égard, le recourant a mis en exergue que les constats objectifs réalisés lors d'un stage d'observation professionnelle en 1999 avaient démontré de bonnes aptitudes physiques. A l'époque, le rapport COPAI (Centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité) avait conclu qu'il pouvait travailler comme opérateur sur presse, monteur à l'établi, opérateur de contrôle sur chaîne de production. Dix-huit ans plus tard, les résultats du stage d'observation étaient diamétralement opposés. Quant au rapport d'expertise de la PMU, il n'avait pas de valeur probante. En effet, les experts avaient admis sur la base d'un seul critère, à savoir l'absence de perte de l'intégration dans tous les domaines, que la capacité de travail résiduelle était de 50% et non pas nulle. Or, les EPI avaient évalué la capacité d'intégration sociale comme étant très faible et non compatible avec un emploi dans le circuit économique normal. Le Dr D_____ a également relevé que le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement et que la comorbidité était lourde. Au demeurant, les experts n'ont pas répondu à la question de savoir si l'état de santé s'était péjoré, se contentant de répondre que la capacité de travail ne s'était pas améliorée. Le Dr D_____ a par ailleurs estimé que la capacité de travail était « au plus » et « dans le meilleur des cas » de 50 %. Cela dénotait d'une orientation voire partialité non admissible. Enfin, l'expertise pluridisciplinaire était contestée par ses médecins traitants qui considéraient que sa capacité de travail était nulle. De surcroît, le SMR avait retenu le 3 août 2015, que l'atteinte à la santé se péjorait et que le pronostic était sombre et allait se détériorer. En raison de la complexité des atteintes, il avait sollicité une évaluation de la compatibilité des atteintes avec un poste sur le marché du travail. Or, il s'est avéré que ses atteintes étaient précisément incompatibles avec ce marché. Partant, l'avis du SMR du 6 septembre 2017 était en flagrante contradiction avec l'avis précédent. Il était en outre faux qu'aucun élément nouveau n'avait été apporté par la Dresse K_____, dès lors que le recourant souffrait désormais également d'un diabète. L'expertise du 8 juillet 2014 mentionnait en outre que le recourant pouvait travailler dans le métier de serveur, puis que l'activité de chauffeur-livreur était un emploi adapté. Une telle méconnaissance de la réalité et l'attribution fantaisiste de professions irréalistes relevait de l'arbitraire. Le recourant a enfin relevé qu'il avait été une personne volontaire et endurente avant l'accident qui avait brisé sa vie. Aujourd'hui, il ne pouvait qu'être constaté qu'il ne disposait plus de suffisamment de ressources psychiques pour faire face à ses douleurs et réintégrer le circuit économique.

20. A l'appui de son recours, le recourant a annexé le certificat médical du 12 octobre 2017 de la Dresse K_____, attestant qu'elle le suivait depuis le 20 février 2017 dans le cadre d'un diabète de type II, lequel s'était installé depuis environ 2011. Cette affection venait s'ajouter à des difficultés dues aux deux hernies discales lombaires et à une situation psychosomatique délicate. Le diabète était actuellement traité par trois injections et deux médications orales avec un contrôle de la situation diabétique plutôt médiocre. Selon ce médecin, l'état de santé du recourant s'était dégradé depuis 2012 si bien que la rente d'invalidité partielle devait être réévaluée.
21. Dans sa réponse du 15 novembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours sur la base de l'expertise de la PMU. Les conclusions du stage effectué chez PRO [recte les EPI] n'y changeaient rien. Même s'il avait été constaté que le recourant ne serait pas à même d'être réintégré sur le marché primaire de l'emploi, rien ne permettait de penser que tel n'était pas le cas antérieurement. Il y avait en outre tout lieu de penser que le déconditionnement dû à l'inactivité professionnelle depuis plus de vingt ans n'était pas étranger aux constatations de PRO [recte les EPI]. Enfin, la Dresse K_____ n'amenait pas d'éléments médicaux nouveaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans l'expertise réalisée à la PMU.
22. Le 20 décembre 2017, la Dresse K_____ a répondu à une demande de renseignement de la chambre de céans. Elle a attesté que le contrôle de la situation diabétique était plus que médiocre. Ce mauvais contrôle de la situation survenait dans un contexte de traitement maximal du diabète, comprenant de l'insuline et la plupart des médicaments oraux utilisés pour le diabète de type II. En raison des difficultés techniques pour les injections, le recourant avait été suivi à l'unité d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques fin 2015 et en mars 2016. Un manque de collaboration du recourant ne pouvait être prouvé. Il était toutefois clair que le recourant, peu scolarisé et imparfaitement francophone, avait quelques difficultés à gérer le traitement et ne pouvait certainement pas adapter les doses d'insuline selon les glycémies mesurées. Un suivi psychiatrique permettrait une meilleure prise en charge également de sa maladie métabolique chronique. Quant aux limitations fonctionnelles, le diabète en provoquait. On constatait en outre un œdème des extrémités et des raideurs au niveau des poignets. Il n'existait cependant pas de test prouvant formellement une telle atteinte. Par ailleurs, on assistait déjà une neuropathie diabétique (atteinte sensitivo-motrice affectant les extrémités) et à une rétinopathie diabétique (atteinte des micro-vaisseaux de la rétine). Enfin, il était difficile de chiffrer l'incapacité de travail due au diabète uniquement, dès lors qu'en l'absence des autres comorbidités physiques et psychiatriques, il y aurait eu une meilleure tenue du diabète et donc pas de complications après seulement sept ans d'évolution.
23. Dans sa réplique du 21 décembre 2017, le recourant a persisté dans ses conclusions, en mettant en exergue que son état de santé s'était réellement péjoré, notamment par l'apparition d'un diabète invalidant par lui-même, ainsi qu'en raison des effets secondaires de la lourde médication supplémentaire qui lui était désormais

nécessaire. Au demeurant, l'expertise de la PMU a également constaté que le syndrome douloureux avait évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse de l'effet des médicaments. Le nouveau stage chez PRO (recte les EPI) attestait également d'une aggravation. L'intimé était enfin mal venu de lui reprocher une dégradation de son état de santé en raison du déconditionnement, dans la mesure où il ne l'avait pas aidé pour retrouver un emploi.

24. A l'appui de sa réplique, le recourant a annexé le courrier du 22 novembre 2017 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, au docteur O_____. Le recourant présentait des douleurs chroniques généralisées, sans signe d'inflammation, lesquelles s'inscrivaient probablement dans le contexte d'un état anxieux dépressif et d'un syndrome métabolique avec en particulier un diabète de type II insulino-dépendant mal équilibré. Elle proposait au recourant de reprendre une activité physique régulière sous supervision d'un maître de sport et la reprise d'un suivi psychiatrique.
25. Par ordonnance du 5 mars 2018, la chambre de céans a ordonné une expertise psychiatrique et l'a confiée au docteur P_____, psychiatre-psychothérapeute FMH.
26. Dans son rapport du 21 juin 2018, l'expert a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et de trouble anxieux et dépressif mixte. À cela s'ajoutait une accentuation de certains traits de personnalité, n'atteignant probablement pas le seuil critique d'un véritable trouble de la personnalité. Les limitations étaient liées au comportement dysfonctionnel dû à la personnalité de l'expertisé. Elles consistaient en manque de souplesse adaptative, attentes irréalistes, méfiance et difficulté à se mettre à la place des autres. Ces limitations étaient en relation avec le syndrome douloureux par mauvaise assimilation de l'accident du 26 octobre 1996. Il était probable que la prescription de substances fortement sédatives (Tramadol, opiacé, amitriptyline, antidépresseur à visée antalgique, très sédatif également) contribuait à la sensation de fatigue et donc aussi à l'incapacité de travail. Il n'était certainement pas exigible de les arrêter, au risque d'exacerbation des douleurs et d'un syndrome de sevrage. La capacité de travail était de 50% compte tenu des facteurs de personnalité et du trouble somatoforme douloureux, lesquels étaient très intriqués. L'appréciation de la capacité de travail ne prenait pas en compte le diabète, cette maladie ne relevant de la compétence de l'expert. Il n'y avait toutefois pas d'évidence que le traitement du diabète fût entravé par des troubles cognitifs ou motivationnels dus à l'état psychique. Les atteintes psychiatriques et le trouble somatoforme douloureux ne s'étaient en outre pas aggravés depuis 1998. Dès le départ, il existait un écart considérable entre les plaintes subjectives et les constatations objectives, dont une partie au moins était due aux erreurs de perception et d'auto-perception liées à la personnalité du recourant. Quant aux traitements conformes aux règles de l'art, ils avaient échoué. La gravité du trouble somatoforme douloureux était rendu plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogénèse, notamment une perturbation au

niveau de la personnalité. Sur le plan psychiatrique, aucun traitement aurait des chances de modifier la situation de l'expertisé, celui-ci n'étant pas en état d'en bénéficier, n'étant pas conscient du problème psychique, ni par conséquent motivé pour le traiter. La compliance était bonne. Quant aux ressources de l'assuré pour surmonter les manifestations du trouble somatoforme douloureux persistant, elles étaient partiellement diminuées par la problématique de la personnalité. L'expert partageait par ailleurs les conclusions de l'expertise du Centre d'expertise médicale de la PMU du 8 juillet 2014 et de son complément du 5 mai 2015, sauf en ce qui concerne la gravité du trouble de l'humeur et du trouble de la personnalité.

27. Par écriture du 17 juin 2018, le recourant s'est déterminé sur l'expertise judiciaire et a conclu à l'annulation de celle-ci, à la nomination d'un autre expert psychiatre et à une expertise complémentaire, afin d'évaluer l'incidence sur la capacité de travail de son diabète et de l'augmentation des prescriptions médicamenteuses. Le recourant a mis en doute les compétences de l'expert judiciaire, celui-ci étant aujourd'hui à la retraite, si bien qu'il n'était plus soumis aux obligations de formation continue et de réévaluation des connaissances. Il a par ailleurs relevé certaines imprécisions et erreurs figurant dans l'expertise concernant ses déclarations et a reproché à l'expert judiciaire d'avoir déformé les conclusions des EPI sur les possibilités de réadaptation. Quant au tableau clinique, s'il était vrai que l'objet des plaintes était le même, leur intensité avait augmenté avec une influence négative sur la capacité résiduelle de travail. Le recourant a aussi reproché à l'expert de ne pas s'être déterminé sur l'augmentation de l'intensité des symptômes retenus sur vingt ans et de leur répercussion sur la capacité de travail, et d'avoir prononcé le terme de « sinistrose », diagnostic qui était décrié aujourd'hui et abandonné par la psychiatrie américaine. Quant au syndrome dépressif, il avait été évalué alors même que le recourant était sous l'effet d'un antidépresseur à visée antalgique très sédatif. La médication avait précisément l'effet de dissiper ces symptômes. Ainsi, l'efficacité des sédatifs expliquait pourquoi l'expert n'avait constaté aucune tristesse visible, ni fatigue perceptible, ni intolérance à la frustration, ni agressivité. Cela était en contradiction avec les déclarations de l'expert qui faisait état tout au long de son expertise de l'intolérance à la frustration et des sentiments d'agressivité du recourant envers lui-même et tout tiers qui l'importunait. Au demeurant, l'ensemble des médecins traitants avait constaté son état dépressif avec des idées morbides. Il était également léger de faire abstraction des symptômes potentiellement dépressifs admis, tels que la baisse chronique de l'humeur, la fatigue chronique, les troubles cognitifs, du sommeil et anxieux, du fait qu'il ne présentait pas d'altération ou abolition de la libido. L'expert judiciaire devrait en outre être en mesure de comprendre que le recourant avait simplement esquivé l'unique question au sujet de sa sexualité en déclarant que tout allait bien à ce propos. Ainsi, il n'était pas démontré dans les faits que la libido était intacte et ce facteur ne pouvait être retenu aux fins d'invalider les symptômes subjectifs de la dépression. Le recourant s'étonnait aussi que, selon l'expert, il n'y avait pas de symptômes objectifs pour un trouble de l'humeur, alors même qu'il le décrivait

comme isolé, présentant un repli social important et dépourvu de joie de vivre. Il était en au demeurant choquant de retenir que les idées suicidaires verbalisées n'avaient pas un caractère vraiment dépressif, étant formulées au conditionnel (« si la rente complète ne m'est pas accordée »). Le recourant a ainsi formellement contesté que le trouble anxieux et dépressif n'entraînait pas de limitations fonctionnelles. Il s'est étonné aussi que l'expert estimât qu'un taux de capacité de travail de 50% constituait « un compromis raisonnable entre la perception subjective de l'expertisé et les données objectives », sa mission étant de déterminer si l'aggravation de l'état de santé était fondée scientifiquement. L'expert a admis à cet égard qu'une capacité de travail de 50 % n'était pas réalisable dans les faits, en mentionnant qu'« en cas de reprise d'activité, on doit admettre qu'elles [limitations fonctionnelles relationnelles] deviendraient plus criantes ». Or, le mandat de l'expert consistait précisément à établir si une capacité de travail était réellement réalisable. Quant à l'aggravation de l'état de santé suite au diabète, l'expert a déclaré ne pas pouvoir se prononcer sur ce point. Ainsi, le taux résiduel de capacité de travail retenu par l'expert ne tenait pas compte de l'évaluation de la gravité des répercussions fonctionnelles supplémentaires induites par le diabète. Il y avait ainsi lieu de compléter l'instruction par une expertise complémentaire ou, à défaut, de retenir un taux de répercussion fonctionnelle de 50% supplémentaire, aboutissant à une incapacité de travail totale. L'expert n'avait pas non plus quantifié les effets des médicaments antidouleurs et antidépressifs, même s'il avait admis que cette médication contribuait à la fatigue, ni tenu compte de la prescription de la lourde médication et de sa répercussion sur la capacité de travail.

28. Dans son avis médical du 6 juillet 2018, le docteur M_____ du SMR s'est déterminé sur l'expertise judiciaire et s'est rallié à ses conclusions.
29. Par écriture du 17 juillet 2018, l'intimé a persisté dans ses conclusions.
30. Le 3 août 2018, le recourant a maintenu ses conclusions. Il a reproché au médecin du SMR d'avoir occulté sciemment son diabète et l'impact de la lourde médication relative au traitement de cette affection et au trouble somatoforme douloureux. L'expert judiciaire n'avait cité aucune activité de travail respectant les limitations fonctionnelles physiques, déclarant au contraire qu'il était peu probable que le recourant revînt dans la vie active. Partant, le recourant a contesté l'avis médical du médecin du SMR. Il a enfin annexé à son courrier dix factures de Migrator Voyages SA, attestant qu'il se rendait en avion dans son pays natal et non en voiture comme l'expert l'avait retenu par erreur.
31. Entendu par la chambre de céans le 13 septembre 2018, le recourant a déclaré ce qui suit :

« Selon mon médecin traitant, le diabète est très mal contrôlé en raison du stress permanent dans lequel je vis.

Je fais vraiment tout pour maîtriser le diabète. J'ai maigri, je fais attention à ce que je mange et je fais les injections et prends les médicaments prescrits,

comme on me l'a appris. Si néanmoins le diabète n'est pas contrôlé, ce n'est pas de ma faute.

J'aimerais relever aussi que je prends des antidouleurs très puissants, sans lesquels je ne pourrais même pas sortir de la maison. Ces médicaments ont un fort effet sédatif. Le Dr P_____ n'en n'a pas tenu compte. »

32. Par ordonnance du 25 octobre 2018, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise rhumatologique judiciaire et l'a confiée au docteur Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales.
33. Dans son rapport d'expertise du 17 décembre 2018, cet expert a émis les diagnostics de syndrome douloureux chronique diffus qui dépassait le cadre de la fibromyalgie, de syndrome cervicobrachial sur troubles statiques (hypercyphose dorsale, peu réductible) avec importante dysbalance musculaire et insuffisance musculaire, ainsi que discartrorse modérée de L3 à L5 et discrète uncartrorse cervicale basse, de multiples signes de non-organicité (4/5 selon Waddell), d'une importante kinésiophobie, d'état dépressif chronique avec troubles mixtes de la personnalité de type narcissique et paranoïaque, ainsi que de tendinite calcifiante du sus-épineux de l'épaule gauche. Du point de vue rhumatologique pur, l'expert a retenu une capacité de travail d'au maximum 50 % dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : alternance des positions assise/debout, absence de port de charges de plus de 10 kg, d'efforts au-dessus de l'horizontale avec les bras, possibilité de faire une pause de dix minutes toutes les heures, évitement des positions en porte-à-faux et absence de stress. Les activités professionnelles antérieures n'étaient plus exigibles. Une reprise d'activité professionnelle devrait passer au début par un atelier protégé sans rendement exigible. La capacité de travail effective devrait par ailleurs se faire en synthèse avec un avis psychiatrique neutre. Quant au traitement antalgique, les effets secondaires du Tramadol étaient une somnolence et des troubles digestifs pour l'Ibuprofen. Le Tramadol n'était pas compatible avec la conduite de véhicules. Le soir, le recourant prenait le Saroten Retard pour son état psychique et pour les douleurs. Le matin, il avait de la peine à se lever. Son problème principal dans la médication était la prise d'antidiabétiques oraux et d'insuline. Selon la diabétologue, le diabète n'était pas bien équilibré et le recourant faisait régulièrement des hypoglycémies, ce qui était un facteur de risque majeur de faire des accidents, s'il devait conduire un véhicule. Quant à la capacité de travail, cet expert judiciaire a considéré qu'« Il pourrait peut-être travailler à 50 % », mais qu'il y avait « une baisse significative de son rendement par exemple de 20 % ». Après discussion avec la Dresse K_____, l'expert a en outre considéré que la mauvaise santé, les conflits chroniques avec les assurances et le stress permanent dû à la situation psychosociale précaire rendaient le traitement du diabète de type II difficile. Il a ainsi confirmé que le mauvais contrôle du diabète et les complications survenant déjà après quelques années de diabète étaient possiblement dus au stress psychique. Quant aux limitations fonctionnelles dues au diabète, elles concernaient

essentiellement la conduite de véhicules ou d'engins. L'incapacité de travail supplémentaire due au diabète devait être estimée à 10 %. Ainsi, dans sa globalité, l'incapacité de travail était de 60 % en raison du trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi que du trouble anxieux et dépressif mixte avec une discrète diminution du rendement.

34. Par courrier du 4 janvier 2019, la Dresse K_____ a fait savoir au Dr Q_____ son désaccord avec une incapacité de travail globale de 60 %. Les pathologies entraînant une incapacité de travail dépassaient largement le contexte d'une simple problématique ostéo-articulaire. Le recourant était traité par insuline, hypertendu et présentait la plupart des complications liées à un diabète. La capacité de travail était nulle.
35. Dans son avis médical du 17 janvier 2019, la doctoresse R_____ du SMR a considéré que l'expert Q_____ avait dépassé son champ de compétence, en considérant que l'incapacité de travail de 60 % était en lien avec le trouble somatoforme douloureux persistant et le trouble anxieux et dépressif mixte. Elle a également reproché à cet expert d'avoir ajouté l'incapacité de travail sur le plan rhumatologique à celle de 10 % due au diabète, au lieu de faire une évaluation globale. Selon le médecin du SMR, les limitations fonctionnelles retenues sur le plan rhumatologique étaient également compatibles avec un diabète de type II insulino-requérant. Par ailleurs, l'expert prenait en considération des facteurs extra-médicaux, tels que des conflits avec les assurances, le stress permanent dû à la situation psychosociale précaire. Au demeurant, l'intolérance au stress et la gestion des situations complexes n'étaient pas des limitations fonctionnelles d'ordre somatique mais d'ordre psychiatrique. Enfin, le Dr Q_____ n'avait pas eu accès à l'expertise judiciaire du Dr P_____, puisqu'il avait indiqué qu'une évaluation psychiatrique prenant en compte les indicateurs de la jurisprudence du Tribunal fédéral était nécessaire. Partant, le SMR a jugé qu'il y avait lieu de s'en tenir à ses conclusions précédentes.
36. Dans sa détermination du 17 janvier 2019, l'intimé a jugé le rapport d'expertise du Dr Q_____ comme non probant, sur la base de l'avis du SMR susmentionné.
37. Par écriture du 18 janvier 2019, le recourant a persisté dans ses conclusions. Sur la base de l'expertise rhumatologique judiciaire, il a tenu pour établi que son état de santé s'était détérioré, ce qui ressortait également des rapports COPAI de 1999 et de mars 2017. L'expert a également confirmé une incapacité supplémentaire en raison du diabète et attesté de la réalité des effets secondaires du traitement médicamenteux. Cependant, il n'avait pas répondu à la question de savoir si le cumul des différents médicaments amplifiait les effets secondaires et, cas échéant, dans quelle mesure. Il avait par ailleurs évalué la diminution de rendement supplémentaire due aux effets secondaires de la médication à 20 %. Au demeurant, le Dr P_____ avait aussi confirmé que la prescription de médicaments antidouleurs très sédatifs contribuaient à la fatigue, tout en précisant qu'il paraissait difficile d'interrompre cette prescription en raison du risque d'exacerbation des douleurs et

d'un syndrome de sevrage des opiacés. Concernant la question de la gravité du diabète, l'expert rhumatologique a retenu que le traitement du diabète était difficile, qu'il était mal traité et que de nombreux facteurs avaient aggravé cette maladie, qu'il y avait déjà des complications tardives, que le taux de glycémie variait beaucoup et qu'il y avait un haut risque de faire des hypoglycémies. Cependant, l'incapacité supplémentaire de seulement 10 % retenue par cet expert en raison du diabète était trop faible. Par ailleurs, la Dresse K_____ a retenu une incapacité de travail totale, en raison des interférences entre le diabète, la fibromyalgie et la dysthymie. Dans son dernier certificat médical, elle évalue la capacité de travail à 70 % au maximum. Sur la base des expertises judiciaires, l'incapacité de travail était de 50 % en raison du trouble somatoforme douloureux persistant, de 20 % en raison des effets secondaires de la médication, de 20 % au minimum en raison du diabète et de 10 % supplémentaires en raison des effets secondaires, amplifiés par le cumul des différents médicaments. Au cas où la chambre de céans ne retiendrait pas un taux d'incapacité de travail d'au moins 70%, le recourant a requis des compléments d'expertise, ainsi que l'audition de la Dresse K_____.

38. Par ordonnance du 7 février 2019, la chambre de céans a ordonné un complément d'expertise judiciaire et l'a confié aux Drs P_____ et Q_____ afin qu'ils déterminent en consilium la capacité globale du recourant en tenant compte des atteintes psychiatriques et somatiques, ainsi que des effets secondaires de la médication.
39. Dans son complément d'expertise du 8 avril 2019, le Dr Q_____ a, en consilium avec le Dr P_____, apprécié la capacité de travail globale à 60 % sur le plan psychique et somatique, compte tenu de l'aggravation du diabète qui était mal équilibré. Il avait par ailleurs déjà tenu compte, dans son appréciation précédente, des effets secondaires des médicaments antidouleurs. Le diabète entraînait une limitation supplémentaire sous la forme d'une contre-indication à la conduite professionnelle (camions et transport de personnes).
40. Le 15 avril 2019, le Dr P_____ a confirmé une incapacité de travail globale de 60 % à partir de janvier 2017, incluant les effets secondaires des médicaments antidouleurs, ainsi que la limitation fonctionnelle due au diabète, et s'est déterminé sur les observations du recourant concernant son expertise judiciaire.
41. Dans son avis médical du 23 avril 2019, la Dresse S_____ du SMR a indiqué qu'il n'y avait de motif de s'écarter des conclusions en consilium des experts judiciaires.
42. Dans ses écritures des 25 et 26 avril 2019, l'intimé s'est rallié à la conclusion des experts judiciaires, selon laquelle l'incapacité de travail était de 60% dès janvier 2017.
43. Dans sa détermination du 10 mai 2019 sur le complément d'expertise, le recourant a contesté que les experts judiciaires eussent inclus les effets indésirables des médicaments antidouleurs dans l'appréciation de la capacité de travail et les effets secondaires de l'ensemble de sa lourde médication. En effet, le fait que le

Dr P_____ ait indiqué dans son expertise principale que la situation était figée depuis plus de vingt ans, démontrait qu'il n'avait pas tenu compte de ces éléments. Ainsi, le Dr Q_____ errait en retenant que les effets secondaires de la médication avaient déjà été pris en compte pour l'évaluation initiale des experts judiciaires. Par ailleurs, dès lors que les experts n'avaient pas pris en compte le diabète dans l'évaluation de l'incapacité de travail, il était évident que la médication relative au diabète n'avait pas non plus été prise en compte. Au demeurant, la Dresse K_____ relevait que le traitement actuel du diabète du recourant était intensif. Le Dr Q_____ expliquait également dans son expertise du 17 décembre 2018 que les effets secondaires du traitement antalgique étaient la somnolence due au Tramadol et les troubles digestifs dus à l'Ibuprofen. Ce expert a aussi mentionné le Saroten Retard le soir pour l'état psychique et pour les douleurs de type fibromyalgie, ainsi qu'une statine et du Nexium 40 mg. Le matin, le recourant avait de la peine à se lever, selon cet expert. Le problème principal était toutefois la prise d'antidiabétiques oraux et d'insuline. Cela étant, le deuxième volet du mandat d'expertise relatif à l'évaluation des effets secondaires des médications n'avait pas été réalisé. Il y aurait lieu dès lors de confier à un expert neutre une expertise concernant l'impact concret sur la capacité de travail des effets secondaires de l'ensemble des médicaments. Le recourant a en outre contesté que l'impact du diabète sur la capacité de travail fût seulement de 10 % tout en relevant que les experts n'étaient pas spécialisés en diabète et que la Dresse K_____ évaluait l'incapacité de travail à 70 % en raison des atteintes psychiatriques, rhumatologiques et diabétologiques, sans tenir compte de l'incapacité de travail supplémentaire due aux effets secondaires de la médication. De l'avis du recourant, le diabète entraînait au moins une diminution de travail supplémentaire de 20 %. Partant, il convenait aussi de mettre en œuvre une expertise par un spécialiste en diabétologie-endocrinologie une évaluation précise de cet impact. Il était en outre surprenant que le Dr Q_____ ait considéré que le diabète n'eût entraîné une diminution de la capacité de travail que depuis 2017, alors que, selon la Dresse K_____, les premières complications du diabète étaient apparues dès le mois de novembre 2015 sous forme de neuropathie des extrémités et un début de rétinopathie. Partant, ce médecin a retenu une limitation de la capacité de travail en raison du diabète dès automne 2015 avec une aggravation de la situation psychiatrique et rhumatologique en 2017. Cela étant, il y avait lieu de s'en tenir à l'appréciation sur ce point de la Dresse K_____. Au demeurant, le Dr Q_____ avait retenu une aggravation de l'état de santé en raison du diabète de type II connu depuis 2011, dans son expertise du 17 décembre 2018.

44. A l'appui de ses écritures, le recourant a annexé le certificat médical du 9 mai 2019 de la Dresse K_____. Celle-ci a précisé que le diabète de type II avait été diagnostiqué en février 2014, mais que certains médecins lui avaient signalé une tendance au diabète depuis environ 2010. Le diabète était d'emblée mal équilibré et le restera. Le traitement actuel était intensif pour ce type de diabète. Les premières complications étaient apparues dès novembre 2015 sous forme de neuropathie des

extrémités et un début de rétinopathie. Partant, le diabète a limité le recourant depuis automne 2015 avec une aggravation de la situation psychiatrique et rhumatologique en 2017. Dès lors, la capacité de travail n'était que de 30 % en raison des trois problématiques (psychiatrique, rhumatologique et diabétologique), lesquelles ont potentialisé l'incapacité de travail.

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

EN DROIT

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

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

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

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé depuis la dernière décision déterminante de l'intimé et si cette aggravation lui ouvre le droit à une rente supérieure à la demi-rente dont il bénéficie depuis 1999.

4. a. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b. En l'occurrence, l'état de santé du recourant a fait l'objet d'un examen matériel et d'un examen complet des preuves, sauf en ce qui concerne le calcul de la perte de gain, dans la procédure qui a abouti à la décision du 23 septembre 2003. Par conséquent, il sied d'examiner si son état de santé s'est aggravé depuis cette date.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

8. Dans la catégorie "degré de gravité fonctionnel", notre Haute Cour distingue entre le complexe "atteinte à la santé" avec trois sous-catégories, le complexe "personnalité" et le complexe "environnement social".

a. En premier lieu, il convient de prêter d'avantage attention au degré de gravité inhérent au diagnostic du syndrome douloureux somatoforme, dont la plainte essentielle doit concerner une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Dans ce contexte, il faut tenir compte des critères d'exclusion, à savoir des limitations liées à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, telle qu'une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demandes de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que les plaintes très démonstratives laissent insensibles l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (cf. également ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible par les éléments ressortant de l'étiologie et la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic, comme par exemple la présence de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux.

b. Un deuxième indicateur est l'échec de tous les traitements conformes aux règles de l'art, en dépit d'une coopération optimale. Il n'y a chronicisation qu'après plusieurs années et après avoir épuisé toutes les possibilités de traitement, ainsi que les mesures de réadaptation et d'intégration. Le refus de l'assuré de participer à de telles mesures constitue un indice sérieux d'une atteinte non invalidante.

c. Un troisième indicateur, pour la détermination des ressources de l'assuré, constituent les comorbidités psychiatriques et somatiques. À cet égard, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme peut également être considéré comme une comorbidité psychiatrique, selon la nouvelle jurisprudence.

d. Un quatrième indicateur est la structure de la personnalité de l'assuré pour l'évaluation de ses ressources. Il faut tenir compte non seulement des formes classiques des diagnostics de la personnalité, lesquelles visent à saisir la structure et les troubles de la personnalité, mais également du concept de ce qu'on appelle "les fonctions complexes du moi". Selon le Tribunal fédéral, "Celles-ci désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent de tirer des conclusions sur la capacité de travail (notamment la conscience de soi et de l'autre, l'examen de la réalité et la formation du jugement, le contrôle des affects et des impulsions ainsi que l'intentionnalité [capacité à se référer à un objet] et la motivation ; Kopp/Marelli, [Somatoforme Störungen, wie weiter?] p. 258 ; Marelli, Nicht können oder nicht wollen?, p. 335 ss)" (arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

e. Enfin, dans la catégorie du degré de la gravité de l'atteinte psychosomatique, il y a également lieu de prendre en compte les effets de l'environnement social. L'incapacité de travail ne doit pas être essentiellement le résultat de facteurs socio-

culturels. Au demeurant, pour l'évaluation des ressources de l'assuré, il y a lieu de tenir compte de celles qu'il peut tirer de son environnement, notamment du soutien dont il bénéficie éventuellement dans son réseau social (arrêt op.cit. consid. 4.3.3).

9. a. Dans la catégorie « cohérence », notre Haute Cour a dégagé en premier lieu l'indicateur d'une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de la vie. Il s'agit de se demander si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans l'activité lucrative, respectivement dans les actes habituels de la vie, d'une part, et dans les autres domaines de la vie (l'organisation des loisirs, par exemple), d'autre part. À cet égard, le Tribunal fédéral relève que l'ancien critère du retrait social concerne tant les limitations que les ressources de l'assuré et qu'il convient d'effectuer une comparaison des activités sociales avant et après la survenance de l'atteinte à la santé.

b. Par ailleurs, la souffrance doit se traduire par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Il ne faut toutefois pas conclure à l'absence de lourdes souffrances, lorsque le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et exigible doivent être attribués à une incapacité de l'assuré de reconnaître sa maladie. Le comportement de la personne assurée dans le cadre de la réadaptation professionnelle, notamment ses propres efforts de réadaptation, doivent également être pris en compte.

10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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

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

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

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

12. En l'occurrence, le recourant a fait l'objet, dans le cadre de sa procédure de révision, d'une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale de la PMU en 2014, ainsi que d'expertises judiciaires, psychiatrique et rhumatologique, par les Drs P_____ et Q_____ en 2018 et 2019.

a. Les experts de la PMU posent les diagnostics de syndrome somatoforme douloureux persistant, d'épisode dépressif d'intensité moyenne, et de troubles mixtes de la personnalité de type narcissique ou paranoïaque. Ils admettent que le syndrome douloureux a évolué plutôt défavorablement avec une augmentation des douleurs et une baisse des effets des médicaments. Néanmoins, ils estiment que la capacité de travail est de 50% dans une activité adaptée, principalement en raison du fait que le recourant bénéficie du soutien de son réseau social, en particulier familial, et d'un espoir, tenu, d'une réinsertion. Au niveau rhumatologique, est retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique de l'appareil moteur, d'étiologie indéterminée, touchant l'ensemble du corps. Il n'y a pas de maladie proprement dite et les douleurs ne sont pas explicables, sans que cela mette en doute l'authenticité des plaintes du recourant. La neuropsychologue constate une diminution du rendement avec fatigabilité, avec des signes modérés de fléchissement exécutif. Les ressources mnésiques sont médiocres. Il n'y a toutefois pas d'incapacité de travail significative, sur le plan strictement cognitif, dans la profession antérieurement exercée de serveur. Toutefois, ce faisant, l'experte neuropsychologue s'est trompée, le recourant ayant exercé précédemment la profession de chauffeur. Elle a cependant admis une diminution du rendement de l'ordre de 20% en raison de la fatigabilité attentionnelle. Le bilan neurologique effectué ne met pas non plus en évidence une pathologie neurologique. Néanmoins, par mesure de prudence, une activité nécessitant un engagement physique particulièrement lourd et le port de charges de plus de 15 kg est proscrite, étant donné les lésions dégénératives modérées au niveau cervical et la hernie discale lombaire. Les experts du Centre d'expertise médicale de la PMU admettent en outre une augmentation des douleurs depuis 2002, à savoir des douleurs localisées dans la paume et le dos des mains, la face antérieure et postérieure des coudes, les trapèzes,

la jonction cervico-dorsale, le triangle du trapèze, l'occiput, les chevilles, les pieds, la base des pouces et la face latérale interne et externe des pieds. Le pronostic est sombre en raison du trouble mixte de la personnalité de type narcissique et paranoïaque qui rend toute amélioration invraisemblable. Une aggravation à terme est à craindre, l'assuré ressentant en permanence un sentiment d'injustice en rapport avec la non-reconnaissance de son statut de victime.

b. Les conclusions de l'expertise judiciaire psychiatrique rejoignent celles des experts du Centre d'expertise médicale de la PMU, sauf en ce que l'expert judiciaire estime que l'intensité du trouble dépressif n'est que légère et que le recourant ne présente pas de trouble de la personnalité narcissique et paranoïaque, mais seulement des traits d'un trouble de la personnalité. Toutefois, il considère également que les atteintes psychiatriques retenues permettraient théoriquement la reprise d'une activité lucrative adaptée à 50%.

c. Dans son rapport d'expertise du 17 décembre 2018, le Dr Q_____ émet les diagnostics de syndrome douloureux chronique diffus, de syndrome panvertébral sur troubles statiques avec importante dysbalance musculaire et insuffisance musculaire, ainsi que discarthrose modérée de L3 à L5 et discrète uncarthrose cervicale basse, de multiples signes de non-organicité (4/5 selon Waddell), d'une importante kinésiophobie, d'état dépressif chronique avec troubles mixtes de la personnalité de type narcissique et paranoïaque et de tendinite calcifiante du sus-épineux de l'épaule gauche. Du point de vue rhumatologique pur, l'expert retient une capacité de travail d'au maximum 50 % dans une activité adaptée avec les limitations fonctionnelles suivantes : alternance des positions assise/debout, absence de port de charges de plus de 10 kg, d'efforts au-dessus de l'horizontale avec les bras, possibilité de faire une pause de dix minutes toutes les heures, évitement des positions en porte-à-faux et absence de stress. Les activités professionnelles antérieures ne sont plus exigibles. Une reprise d'activité professionnelle devrait passer au début par un atelier protégé sans rendement exigible. La capacité de travail effective devrait par ailleurs se faire en synthèse avec un avis psychiatrique neutre. Quant au traitement antalgique, les effets secondaires du Tramadol sont une somnolence et des troubles digestifs pour l'Ibuprofen. Le Tramadol n'est pas compatible avec la conduite de véhicules. Le soir, le recourant prend le Saroten Retard pour son état psychique et pour les douleurs. Le matin, il a de la peine à se lever. Son problème principal dans la médication est la prise d'antidiabétiques oraux et d'insuline pour son diabète de type II. Le diabète n'est pas bien équilibré et le recourant fait régulièrement des hypoglycémies, ce qui constitue un facteur de risque majeur de faire des accidents, s'il devait conduire un véhicule. Quant à la capacité de travail, le recourant pourrait peut-être travailler à 50 %, avec une baisse significative de son rendement de l'ordre de 20 %. En outre, la mauvaise santé, les conflits chroniques avec les assurances et le stress permanent dû à la situation psychosociale précaire rendent le traitement du diabète de type II difficile. Quant aux limitations fonctionnelles dues

au diabète, elles concernent essentiellement la conduite de véhicules ou d'engins. L'incapacité de travail supplémentaire due au diabète est de 10 %. Ainsi, l'incapacité de travail globale est de 60 % en raison du diabète, du trouble somatoforme douloureux persistant et du trouble anxieux et dépressif mixte avec une discrète diminution du rendement.

d. Dans leurs compléments d'expertise, les Drs Q_____ et P_____ évaluent l'incapacité de travail globale à 60% depuis janvier 2017, en tenant compte du diabète de type II mal équilibré. Avant cette date, les atteintes somatiques et psychiques, sans le diabète mais en incluant les effets indésirables des médicaments antidouleurs, justifient une incapacité de travail globale de 50 % dans une activité adaptée. Le Dr P_____ expose à cet égard que la part de l'influence fonctionnelle des médicaments psychotropes est modérée, le recourant n'ayant pas montré de signe objectif de fatigue physique ou mentale, de ralentissement psychique ou moteur ou de somnolence durant l'examen clinique qui a duré trois heures au total en deux fois. Au demeurant, le recourant était venu à l'expertise en voiture, ce qui permet de présumer que la sédation médicamenteuse n'empêche pas la conduite de véhicules. Quant aux antidouleurs, les effets indésirables possibles sont surtout digestifs (nausées et constipation) et ne sont pas incapacitants.

13. a. L'expertise judiciaire psychiatrique a été établie sur la base de la connaissance du dossier médical intégral, de deux entretiens avec le recourant, de contacts téléphoniques avec les Drs B_____, C_____, O_____, médecin traitant actuel (généraliste), et K_____. L'expertise prend en compte les plaintes du recourant et repose sur un examen clinique approfondi. Ses conclusions sont bien motivées et cohérentes. Ainsi, il y a en principe lieu de lui accorder une pleine valeur probante.

b. Le recourant met en cause la valeur probante de cette expertise, déniait en premier lieu à l'expert judiciaire les compétences professionnelles, du fait que celui-ci est aujourd'hui à la retraite.

Toutefois, l'expert judiciaire, possède indéniablement toutes les compétences professionnelles en psychiatrie, disposant d'une large expérience et étant régulièrement mandaté comme expert judiciaire par la chambre de céans depuis de nombreuses années. Dans son complément d'expertise, il précise en outre qu'il pratique régulièrement des expertises au bureau d'expertise médicale BEM-Vevey, qu'il est membre actif de l'association des experts romands ARPREM dont il suit également la formation continue, et qu'il enseigne régulièrement dans le cadre de la formation d'experts en assurance, formation qui est dispensée par l'organisme SIM (Swiss Insurance Medicine). Partant, les compétences professionnelles de cet expert ne font pas de doute.

En ce qui concerne les diverses critiques émises par le recourant concernant quelques inexactitudes qu'il a relevées, elles n'ont soit pas de raison d'être, soit ne paraissent pas être d'une grande importance pour l'appréciation de son état psychique.

En ce que notamment l'expert a indiqué à tort que le recourant aurait déclaré qu'il « tuerait » la personne qui lui demanderait pourquoi il ne travaille pas, le recourant a bien admis qu'il n'appréciait pas que les autres puissent apprendre qu'il était malade, et qu'il ne voyait personne, n'ayant pas envie de parler avec des gens et de devoir expliquer qu'il était malade (p. 10). Ainsi, même si le passage incriminé ne reprend pas mot pour mot les déclarations du recourant, il ne peut être considéré qu'il soit totalement erroné. Le Dr P_____ explique en outre dans son complément d'expertise qu'il a utilisé les paroles incriminées pour illustrer la vulnérabilité de l'estime de soi poussant à une susceptibilité prononcée et de fortes réactions émotionnelles fondées sur un mécanisme de « tout ou rien ».

On ne voit pas non plus en quoi le fait que l'accident s'est déroulé dans un carrefour de ville ou sur une petite route de campagne dépourvue d'un giratoire peut avoir une importance, ni le fait que le fils du recourant a souffert à la naissance d'une attaque cardiaque ou non. L'expert judiciaire n'indique pas non plus que le recourant a épousé sa femme uniquement pour son physique. Au contraire, il est noté dans l'expertise « ... sa future épouse lui a plu par son physique et par son caractère (elle était « calme »), mais aussi par son tempérament « à l'ancienne »... » (expertise p. 9). Il est aussi sans importance de savoir si le cadet de ses enfants joue dans une équipe de football ou non, ou si le Dr C_____ suit le recourant depuis trois ou vingt ans. Il en va de même de la personne qui accompagne le recourant en montagne. En ce qui concerne les voyages en voiture, l'expert retient que la famille se rend maintenant en avion au Portugal (p. 10 de l'expertise). S'agissant des réunions d'un groupe de patients fibromyalgiques, l'expert mentionne uniquement que le recourant s'y était rendu « brièvement ».

Une impartialité ou un manque d'objectivité de l'expert judiciaire ne saurait pas non plus être retenu du fait que celui-ci fait état de ce que les EPI considèrent dans leurs conclusions que le rendement du recourant n'a été qu'entre 25 et 45%, alors même qu'il est indiqué dans la conclusion finale de ce rapport que le recourant est totalement incapable de travailler dans le circuit économique normal. En effet, même si cela ne figure pas dans les conclusions finales à proprement parler, il s'agit néanmoins d'une constatation mentionnée dans ce rapport.

Quant au tableau clinique, l'augmentation de l'intensité des symptômes est retenue dans les plaintes énumérées dans l'expertise (p. 12). Il s'agit de douleurs multiples, persistantes, s'aggravant lors de tout effort et perturbant gravement le sommeil, qui sont accompagnées de maux de tête handicapant, d'une grande fatigue, présentes tous les jours et imposant au recourant de dormir une à trois heures pendant la journée. Ces plaintes se rapportent essentiellement à des symptômes somatiques. Quant au diagnostic de sinistrose, auquel l'expert judiciaire se réfère à la page 19 de son rapport, il convient en premier lieu de relever qu'il n'a pas retenu ce diagnostic. Si l'expert judiciaire le mentionne, c'est uniquement en raison du fait que la notion de sinistrose apparaît à plusieurs reprises dans les rapports d'autres médecins, pour qualifier les plaintes et le comportement de l'expertisé. L'expert

judiciaire relève toutefois que les diagnostics de névrose de compensation/sinistrose sont aujourd'hui abandonnés, en raison de leur connotation péjorative et des doutes sur leur existence en tant qu'authentique atteinte psychique.

S'agissant de l'intensité du trouble dépressif, il est vrai que l'expert retient uniquement un épisode dépressif d'intensité légère, en constatant en particulier que la libido du recourant n'est pas affectée, ce que le recourant n'a au demeurant pas formellement contesté. Toutefois, cette appréciation de l'intensité du trouble de l'humeur, qui diffère de celle des experts de la PMU, est sans pertinence, dès lors qu'aussi bien les experts de la PMU que l'expert judiciaire concluent à une capacité de travail de 50 %. Par ailleurs, cette appréciation est cohérente avec les occupations du recourant, lequel regarde la télévision, consulte internet notamment pour s'informer sur les atteintes à la santé dont il souffre, fait une promenade tous les soirs, participe aux tâches ménagères, s'occupe du repas de midi avec son fils aîné, ainsi que du courrier et des paiements avec son épouse. Il accompagne aussi son épouse et les enfants en commission deux fois par mois, ainsi que son fils cadet sur les trajets à l'école le matin et dans l'après-midi. Il lui arrive en outre d'aller en ville deux fois par jour, pendant 30 à 60 minutes, et il a des contacts réguliers avec ses deux frères et sa sœur établis à Genève. Le week-end, la famille fait de temps en temps une excursion en voiture, souvent avec un ami du couple, ou passe un moment avec le fils cadet dans un parc de la ville. Dans les constatations objectives, il est relevé que l'orientation du recourant est bonne (aucun problème pour se rendre au volant de sa voiture au rendez-vous avec l'expert). Il n'y a pas d'altération de la mémoire des faits récents (description précise et plausible de la vie quotidienne actuelle) ni de la mémoire des faits anciens. L'attention et la concentration sont conservées pendant la durée de l'examen. La vigilance, le raisonnement, l'intelligence, le processus intellectuel sont dans les limites de la normale. L'expert ne constate pas non plus une tristesse visible, ni une accélération ou un ralentissement de la motricité, ni fatigue perceptible, culpabilité irrationnelle, intolérance à la frustration ou une agressivité. Même si l'état psychique amélioré est éventuellement le résultat des antidépresseurs, il n'en demeure pas moins que le trouble dépressif semble être partiellement en rémission grâce à ce traitement. Il est également relevé, dans les plaintes sur demande de l'expert, qu'il n'y a pas d'altération de l'estime de soi, le recourant considérant qu'il mériterait que la société reconnaisse sa grave maladie et son invalidité. L'assuré s'intéresse au devenir de ses enfants, a du plaisir à passer du temps en famille, même si les douleurs et la fatigue lui coupent l'envie de faire la plupart des choses qu'il aimerait entreprendre. Le Dr P_____ relève enfin dans son complément d'expertise, à l'appui de l'appréciation de l'intensité du trouble anxieux et dépressif mixte, notamment que les troubles psychiques n'ont jamais motivé une hospitalisation psychiatrique, que le recourant n'a sollicité un traitement psychiatrique ambulatoire que durant six mois entre 2011 et 2012 et que le Dr B_____ n'a pas été en mesure de poser un diagnostic psychiatrique.

Le recourant fait certes état d'idées suicidaires, ce qui est également mentionné dans la première expertise du Dr P_____. Cependant, comme l'expert l'a relevé, cela n'est guère lié à une forte détresse psychique immédiate, mais à l'hypothèse d'un refus de la rente d'invalidité.

Il convient également de relever que s'il est vrai que le Dr B_____ atteste une incapacité totale de travailler sur le plan psychique, il a indiqué à l'expert judiciaire, lors du contact téléphonique du 16 mai 2018, que les plaintes du recourant étaient peu spécifiques et peu précises, hormis des douleurs multiples et quelques éléments narcissiques et sociopathiques au niveau de la personnalité. Il y a aussi un contraste entre l'importance des plaintes et les constatations objectives rassurantes (comportement moteur et état général conservés) sans véritable processus thérapeutique. Le rythme des consultations est irrégulier, dicté moins par l'expression d'une souffrance psychique que par la demande pressante de l'expertisé d'une reconnaissance de son incapacité de travail.

Au vu de ce qui précède, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise judiciaire psychiatrique, laquelle confirme au demeurant celle du Centre d'expertise médicale de la PMU concernant le taux de capacité de travail. Ainsi, sur le plan psychiatrique, même si une aggravation du trouble somatoforme douloureux peut être reconnue, il n'y a pas de répercussion supplémentaire de cette aggravation sur la capacité de travail, laquelle est estimée à 50 %. En tenant compte du diabète, l'incapacité de travail est de 60 %.

14. a. L'expertise du Dr Q_____ a été également effectuée conformément aux critères élaborés par le Tribunal fédéral pour lui attribuer une pleine valeur probante. Avec son complément d'expertise, en consilium avec le Dr P_____, ses conclusions sont bien motivées, cohérentes et convaincantes.

b. Dans ce complément d'expertise, l'expert rhumatologue répare notamment le fait qu'il n'a pas étudié l'expertise judiciaire du Dr P_____ lors de son expertise initiale. En outre, les conclusions ayant été prises en consilium avec ce dernier, il ne peut être reproché au Dr Q_____ d'avoir dépassé son champ de compétence, en estimant que l'incapacité de travail en lien avec le trouble somatoforme douloureux persistant, le trouble anxieux et dépressif mixte, ainsi que le diabète est de 60 %. Au demeurant, l'intimé se rallie à cette conclusion.

15. Le recourant reproche cependant aux experts judiciaires de n'avoir pas pris en compte les effets indésirables des médicaments antidouleurs ni de l'ensemble de la médication, en particulier de l'augmentation conséquente en quantité et quotité de la médication antidouleur depuis vingt ans, alors qu'il est notoire que les effets secondaires indésirables des médicaments s'amplifient en fonction de l'augmentation du dosage. C'est de façon arbitraire que le Dr Q_____ retient que les effets secondaires de la médication ont déjà été pris en considération dans les expertises judiciaires initiales. Par ailleurs, dès lors que les experts admettent que le diabète n'a pas été inclus dans l'évaluation du taux d'incapacité de travail de 50 %

en 1998, il est évident que la médication y relative n'a pas non plus été prise en considération. Partant, ceux-ci n'ont pas évalué les effets secondaires des médicaments, alors que cela faisait partie de leur mission selon l'ordonnance d'expertise complémentaire.

Cependant, dans la mesure où les experts judiciaires étaient entièrement informés de la médication précise, il paraît cohérent qu'ils aient tenu compte de leurs effets secondaires dans l'appréciation de la capacité de travail dans leurs rapports initiaux. A cet égard, il est à relever, avec le recourant, que le Dr Q_____ a précisé dans son expertise du 17 décembre 2018 l'intégralité de la médication administrée. Le Dr P_____ était également informé des effets secondaires des médicaments, notamment des substances fortement sédatives, telles que le Tramadol et l'Amitriptyline (très sédatif) qui contribue à la sensation de fatigue et aussi à l'incapacité de travail. Dans son complément d'expertise du 15 avril 2019, il explique expressément que l'influence fonctionnelle des médicaments psychotropes est modérée d'un point de vue objectif, dans la mesure où le recourant n'a pas montré de signe objectif de fatigue physique ou mentale, de ralentissement psychique ou moteur ou de somnolence durant l'examen clinique qui a duré trois heures au total, en deux fois.

Cela étant, la chambre de céans retient que les effets secondaires de la médication ont déjà été pris en compte dans les expertises judiciaires initiales, au vu des informations à la disposition des experts.

16. Les conclusions des expertises judiciaires sont contestées par la Dresse K_____ qui est une spécialiste en diabétologie et endocrinologie. Elle considère que la conjonction des trois problématiques (psychiatrique, rhumatologique et diabétologique) a potentialisé l'incapacité de travail du recourant, laquelle devait être estimée à 70 %.

Toutefois, au niveau psychiatrique et rhumatologique, l'incapacité de travail a été évaluée par des experts judiciaires spécialistes dans ces domaines, ce qui n'est pas le cas de la Dresse K_____. Par ailleurs, ces experts, mêmes s'ils ne sont pas spécialistes en diabétologie, ont pris en considération les informations données par l'endocrinologue et diabétologue traitante, dans la mesure où ils l'avaient contactée par téléphone. Enfin, selon la jurisprudence en la matière, le fait que la Dresse K_____ est le médecin traitant du recourant enlève une partie de la valeur probante à son appréciation, par rapport aux expertises judiciaires. Elle ne fait au demeurant pas état d'affections qui auraient été ignorées des experts judiciaires, si bien que son appréciation divergente de la capacité de travail ne permet pas de mettre en cause les conclusions de ceux-ci.

Cela étant, la chambre de céans se rallie à la conclusion des experts judiciaires, selon laquelle le diabète provoque une incapacité de travail supplémentaire de 10 % et non de 20 % comme attestée par le médecin traitant.

17. Quant au début de la répercussion sur la capacité de travail, les experts judiciaires ont retenu la date de janvier 2017, date d'une importante aggravation du diabète.

Cependant, selon la Dresse K_____, les premières complications du diabète apparaissent dès novembre 2015 sous forme de neuropathie des extrémités et d'un début de rétinopathie, et le recourant est dès lors limité par son diabète dès l'automne 2015, avec une aggravation de la situation psychiatrique et rhumatologique en 2017.

A la lecture des expertises judiciaires, il est difficile de comprendre pourquoi la date de janvier 2017 a été retenue pour le début de l'incapacité de travail en rapport avec le diabète. Au contraire, il résulte du dossier que le recourant a été hospitalisé en novembre 2015, en raison d'un diabète de type II depuis quatre ans, insulino-requérant depuis deux ans et compliqué d'une polyneuropathie des membres inférieurs et d'une rétinopathie diabétique. Cela corrobore la déclaration de la Dresse K_____, selon laquelle le recourant est limité par son diabète depuis l'automne 2015.

Partant, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail est de 60 % à partir de novembre 2015.

18. Dans la mesure où l'examen de l'incapacité de travail en fonction des indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral a été déjà effectué dans les décisions précédentes, ainsi que par le Dr P_____, et où l'intimé ne conteste pas que ces indicateurs permettent de constater une incapacité de travail de 50 %, s'agissant des seuls trouble somatoforme douloureux et autres atteintes psychiques, il y a lieu d'admettre que ces indicateurs sont dans une large mesure réunis en l'espèce pour reconnaître une incapacité de travail de ce taux, sans qu'il soit besoin de refaire l'examen des indicateurs dans les détails.
19. Les expertises judiciaires permettant d'apprécier la situation médicale dans son ensemble et devant être considérées comme complètes, il ne sera pas donné suite aux conclusions du recourant tendant à la mise en œuvre de nouvelles expertises judiciaires.
20. Cela étant, il sied d'établir la perte de gain du recourant dans une activité adaptée au taux de 60%.

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la

décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

-
21. En l'espèce, l'intimé a évalué le salaire annuel de l'assuré sans invalidité en 1999 à CHF 39'840.-, sur la base d'une moyenne des huit derniers salaires mensuels pleins obtenus en 1997 (CHF 3'320.- x 12 mois). Ce calcul n'a pas été mis en cause dans la procédure de révision qui a abouti à la décision du 23 septembre 2003, l'état de santé n'ayant pas changé.

Toutefois, selon le questionnaire de l'employeur signé le 13 mai 1998, le recourant a été licencié pour le 31 mars 1998 en raison d'une restructuration et non en rapport avec son invalidité. Ainsi, il n'aurait pas pu continuer à travailler pour ce même employeur et était en fait au chômage à la date du début de la naissance du droit à une rente, le 1^{er} janvier 1999, soit une année après le début de l'incapacité de travail. De ce fait, il y a lieu de se fonder pour le salaire de valide également sur les salaires statistiques, et non sur le salaire réalisé chez le dernier employeur du recourant.

Cela étant, il est superflu de chiffrer avec exactitude les salaires de valide et d'invalidé, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATF 119 V 475 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_312/2016 du 13 mars 2017 consid. 5.4; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). Même s'il n'est pas indispensable de déterminer avec précision les salaires de références, il n'en demeure pas moins que, dans cette situation, l'évaluation de l'invalidité repose sur des données statistiques. Par conséquent, une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (abattement) est possible en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (cf. ATF 126 V 75 consid. 7b).

En l'occurrence, un abattement des salaires statistiques de 15 % est justifié en raison des limitations fonctionnelles et du taux d'activité très partiel du recourant, en-dessous de 50 %. Partant la perte de gain s'établit à 66 %, le salaire d'invalidé représentant 34 % du salaire de valide ($[100 \% - 60 \%] \times 85 \%$).

Cela ouvre le droit à un trois-quarts de rente.

22. En vertu de l'art. 88a al. 2 RAI, si la capacité de gain de l'assuré se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable.

En l'espèce, une aggravation du diabète avec répercussion sur la capacité de travail s'est produite en novembre 2015, comme exposé ci-dessus. Par conséquent, il y a lieu d'augmenter la rente dès le 1^{er} février 2016, étant précisé que la demande de révision a été formée en août 2012.

23. Cela étant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et le recourant mis au bénéfice d'un trois-quarts de rente dès février 2016.

24. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera octroyée à titre de dépens.

25. Dans la mesure où l'intimé succombe partiellement, un émolument de justice, fixé à CHF 200.-, sera mis à sa charge.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 14 septembre 2017.
4. Octroie au recourant un trois-quarts de rente d'invalidité à partir de février 2016.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Maya CRAMER

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