

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1991/2012

ATAS/647/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 mai 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio
LOCCIOLA

recourant

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né en 1967, a suivi l'école primaire et le cycle d'orientation. En 1985, en circulant au guidon de son cyclomoteur, il a percuté une voiture de plein fouet, subissant une fracture traumatique du rocher ayant pour conséquence une surdité de l'oreille gauche et une paralysie faciale.
2. Il a initié deux apprentissages qu'il n'a pas terminés et il a travaillé par périodes comme peintre en bâtiment.
3. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité en mai 2001.
4. Les rapports médicaux réunis donnent les informations suivantes:

Il souffre d'une nécrose aseptique de la tête fémorale droite de grade III diagnostiquée en septembre 2001, d'un alcoolisme chronique existant depuis 15 ans, d'épigastralgies, de diarrhées depuis août 2001 (d'origine alcoolique) et de surdité de perception de l'oreille gauche et paralysie faciale gauche séquellaire depuis 1985. Il présente des limitations de l'amplitude au niveau ostéoarticulaire du membre inférieur droit (rapport de la policlinique de médecine des HUG du 23 novembre 2001).

Ses deux parents étaient alcooliques, il n'a jamais terminé aucun apprentissage et a commencé à consommer de l'alcool à 16 ans, en augmentation puis à consommer de l'alcool fort vers 30 ans, de l'héroïne et cocaïne occasionnellement et quatre cigarettes de cannabis par jour. Il présente des crises d'épilepsies lors des tentatives de sevrage. Aucune reprise du travail n'est envisageable, en raison de la persistance des troubles liés à la dépendance à l'alcool et à la difficulté de mobilisation secondaire à la nécrose aseptique de la hanche. Son médecin précise qu'elle ne peut pas indiquer si l'alcoolisme était la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé, car elle ne connaît le patient que depuis quelques mois, mais indique que l'alcoolisme a causé un dommage mental important, soit une altération de la personnalité, d'origine organique (rapport de la Dresse C_____, HUG, du 18 décembre 2002).

La nécrose aseptique de la hanche reste non opérée du fait de l'éthylisme chronique non sévère. Vu le handicap physique et psychique surajouté, l'assuré ne peut travailler, quel que soit le métier. Le début de l'atteinte à la hanche date de mai 2011. Il convient de voir l'évolution dans 18 mois (rapport du 7 avril 2003 du Dr D_____, du SMR).

5. Par décision du 2 septembre 2003, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2002.
6. L'OAI a entrepris la révision du dossier de l'assuré en juillet 2006.

7. Son médecin traitant, le Dr E_____, indique que son patient souffre de crises épileptiques de type grand mal, de troubles du comportement avec toxicomanie au haschich, de status après pose d'une prothèse totale de hanche à droite et mentionne, sans répercussion sur la capacité de travail : surdité de l'oreille gauche, paralysie faciale, alcoolisme chronique en rémission, status après fracture sous-capitale de l'humérus gauche, ost osynth s e. Il précise que, depuis juin 2003, il a fait plusieurs tentatives de sevrage alcoolique, celle de novembre 2004 à la clinique de Belle-Idée ayant permis d'amener une abstinence qui persiste actuellement, sous traitement d'Antabuse®. Ce sevrage a permis de procéder, en novembre 2005, à la mise en place d'une prothèse totale de hanche droite pour la nécrose aseptique de la tête fémorale droite de stade III. Les suites opératoires ont été relativement simples et le patient marche avec une légère bo tierie, vraisemblablement définitive. Au plan orthopédique, le patient a chuté, lors d'une crise épileptique violente, entraînant une fracture sous-capitale de l'humérus gauche. Après ostéosynthèse, la mobilité de l'épaule gauche est normale, seule la rotation interne étant limitée. La hanche présente toujours des douleurs chroniques. La profession de peintre ne peut plus être envisagée, en raison des séquelles d'opération de la hanche et des crises d' pilepsies. La personnalité du patient rend très aléatoire toute tentative de reprise de travail en circuit normal. Par contre, dans un atelier socioprofessionnel, une prise en charge pourrait contribuer à la réinsertion sociale. Le médecin indique, avec réserve, que l'assuré peut exercer une autre activité, soit un travail léger et simple, à 50% d s le 1^{er} décembre 2006 (rapport du 23 août 2006). Le Dr F_____, spécialiste en orthopédie auprès des HUG indique que, du seul point de vue orthopédique, l'assuré peut exercer une activité administrative, dans les travaux légers, avec des déplacements limités, à un taux de 75%-100% (rapport du 28 juillet 2006).
8. L'OAI a mandaté le Dr G_____ responsable en psychiatrie aux HUG, qui a délégué l'expertise psychiatrique de l'assuré au Dr H_____, psychiatre. Son rapport du 24 janvier 2006 (recte 30 mars 2007) est fondé sur des entretiens avec l'assuré les 20, 28 novembre et 5 décembre 2006 et un entretien téléphonique avec le Dr E_____. Il contient une anamnèse précise et détaillée, dont il ressort que les deux parents de l'assuré étaient alcooliques. Suite à l'accident ayant entraîné une paralysie faciale et une surdité ainsi que des acouphènes, l'assuré décrit une déstabilisation au niveau psychique, avec un désinvestissement de la scolarité et un repli avec une perte d'estime de soi. Il n'a jamais terminé d'apprentissage et a occupé des emplois précaires. En sus de la consommation d'alcool, il a consommé de la cocaïne, héroïne, etc. dès 23 ans, squattant tout en travaillant temporairement. Progressivement, il a cessé la consommation de drogues dures, mais a poursuivi celle de cannabis et d'alcool. La dépendance à l'alcool s'est rapidement et massivement aggravée et elle était tellement importante et conséquente que le patient est devenu épileptique. Suite à une nécrose fémorale, il a fait plusieurs tentatives de sevrage et est parvenu, depuis deux ans, à une abstinence totale. L'assuré vit en couple, mais il est très isolé, évite tout contact social, afin de

consolider son abstinence et éviter tous les contacts qui pourraient le pousser à rechuter. Il mène depuis 10 ans un rythme de vie décalé par rapport à la vie active, passant ses journées replié sur lui-même, vivant essentiellement en couple et étant plutôt actif en début de soirée, où il se permet de sortir, quelques temps, pour faire des courses. Les plaintes du patient concernent ce rythme de vie et cet équilibre fragile, anticipant de façon anxieuse tout changement au niveau de ce rythme qui pourrait engendrer une décompensation anxio-dépressive et une rechute de sa consommation d'alcool quasi certaine, une baisse de l'estime de soi. Les constatations objectives révèlent que l'assuré est anxieux, sensible au regard des autres, présentant une baisse d'estime de soi. La thymie est neutre. Il souffre de troubles du sommeil et de l'appétit et a quelques troubles de l'attention et au niveau de la mémoire.

L'expert retient des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinent, un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, une personnalité anxieuse. L'expert estime que l'assuré a des ressources physiques pour exercer une activité professionnelle, pour autant que ses limites physiques et psychiques soient prises en considération de manière sérieuse. Malgré l'abstinence et un certain équilibre relationnel, cet ordre de vie reste très fragile au niveau psychologique et l'introduction d'une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, pourrait déstabiliser cet équilibre précaire et accélérer une décompensation dépressive et une rechute d'alcoolisme. Le pronostic est donc réservé en ce qui concerne une réinsertion professionnelle immédiate. Il convient dans un premier temps de mettre en place un suivi psychiatrique et psychothérapeutique. Il faut également tenir compte de la motivation faible de l'assuré car il a fait de tels efforts pour atteindre l'équilibre de vie dans lequel il se trouve qu'il n'est pas motivé pour y inclure un travail. S'agissant des limitations, tout facteur de stress peut faire décompenser le trouble dépressif de l'assuré, ainsi que sa dépendance à l'alcool et peut également déclencher des crises d'épilepsie. Sans retenir d'incapacité résiduelle de travail, l'expert estime qu'il faut réévaluer la situation après un suivi psychiatrique et psychothérapeutique adapté. Dans l'immédiat, aucune activité professionnelle n'est exigible de l'assuré.

9. Le Dr D_____ du SMR estime que l'expertise n'est pas totalement probante, le status clinique mélangeant faits objectifs et subjectifs. Selon lui, en raison de l'atteinte à la hanche et à l'épaule gauche, le travail de manœuvre ou de peintre en bâtiment ne convient pas mais, sinon, du point de vue physique, la capacité de travail est de 100%. Depuis l'abstinence à l'alcool, la situation s'est améliorée. D'ailleurs le Dr E_____ estimait un travail léger à 50% possible dès le 1^{er} décembre 2006. Il est certain qu'une personne anxieuse préfère une situation stable de rentier plutôt que les aléas d'une reprise de travail (avis du 15 mai 2007).

10. Sur question du Dr D_____, le Dr H____ précise que la consommation de cannabis reste occasionnelle, raison pour laquelle il n'en a pas tenu compte dans les diagnostics, n'ayant pas constaté de dépendance à ce produit. S'il a mentionné dans le status clinique "quelques troubles de l'attention et de la mémoire", c'est qu'il n'a pas remarqué de troubles cognitifs flagrants. S'agissant du suivi psychiatrique, il suggère, dans un premier temps, un suivi hebdomadaire. S'agissant du pronostic du Dr E_____, qui estimait possible une reprise d'activité à 50% dès le 1^{er} décembre 2006, le Dr H____ précise qu'il a retenu que l'équilibre était fragile, sans contester une stabilisation. Toutefois, pour que cette stabilité soit durable, il faut une prise en charge psychologique, pour éviter une décompensation.
11. Sur ce, le Dr D_____ retient le 25 juin 2007 que l'assuré est capable de travailler à 100% dès le 1^{er} décembre 2006 dans une activité adaptée, sans port de charges, en évitant un travail très stressant, en épargnant l'épaule gauche avec un réentraînement à l'effort d'un mois au maximum. Il conclut à la révision de la rente.
12. Toutefois, le service de la réadaptation estime le 8 août 2007 que le cas mérite une analyse "réadaptation" du point de vue psychologique, confiée à Madame I____, psychologue. Celle-ci a rencontré l'assuré le 23 janvier 2008 et a ensuite interpellé le Dr E_____ en avril 2008 car l'assuré a repris la consommation d'alcool durant les fêtes de fin d'année et elle doute donc d'une capacité de travail à 100% telle que retenue par le SMR.
13. Le Dr E_____ répond le 8 mai 2008 que son patient a repris une consommation alcoolique importante, avec malaise et coma éthylique, suite à une crise d'épilepsie fin octobre 2007. Diverses tentatives de sevrage sans médicament ont échoué, mais depuis mi-février 2008, l'assuré prend de l'Antabuse® et il semble que son abstinence soit totale dès ce moment-là. Il conteste la capacité de travail de 100% de son patient, et estime qu'il est uniquement capable de s'occuper à une activité professionnelle dans un atelier protégé et totalement incapable de travailler dans une structure normale. Le Dr J_____ reprend le cabinet du Dr E_____ et précise, le 27 février 2009, que l'assuré souffre d'épilepsie type grand mal, de status post-ptb B, post-ostéosynthèse de l'humérus droit, syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, personnalité anxieuse et évitante. L'état de santé est stationnaire.
14. En mars 2009, le SMR confirme les précédents avis du Dr D_____, soit une pleine capacité de travail, à 100%, dans une activité adaptée, dès le 1^{er} décembre 2006, car si l'assuré n'a pas pu reprendre un travail, c'est bien en raison des abus d'alcool ayant entraîné un coma éthylique (avis du Dr K_____ du 10 mars 2009).
15. Lors d'un premier entretien de réadaptation professionnelle, le 11 novembre 2010, il est rappelé que le Dr E_____ préconisait un placement en atelier socioprofessionnel, tout en ajoutant qu'un travail de manœuvre avec activité légère

à 50% depuis le 1^{er} décembre 2006 était indiqué, que l'expertise du Dr H_____ mentionnait qu'une activité professionnelle pouvait faire décompenser l'assuré et le faire replonger dans l'alcool, mais que le SMR maintenait la pleine capacité de travail, selon les avis du Dr D_____. L'assuré est sympathique et ouvert, il se dit intéressé par le bricolage, le travail avec les animaux, etc. Il est au clair sur sa situation actuelle, soit la révision de la rente et est décidé à collaborer. En conclusion, la réussite d'un projet professionnel dépendra de la capacité de l'assuré à rester abstinant, le service de réadaptation relevant toutefois que la consommation d'alcool a, depuis l'âge de 18 ans de l'assuré, été un frein à toutes démarches de formation et d'emploi sur le long terme.

16. L'assuré a suivi un stage aux EPI du 21 février au 5 avril 2011, au terme duquel les EPI concluent qu'il est réadaptable dans un emploi simple, pratique et répétitif, à la condition qu'un réentraînement à l'effort puisse lui permettre d'assurer un rendement exploitable et vérifier que celui-ci soit améliorable. Il a des aptitudes pour suivre une mise au courant pratique en entreprise. Ses capacités d'intégration sociale sont compatibles avec un emploi dans le circuit normal mais il montre une certaine anxiété face à l'avenir. Il est préterité par une longue absence du circuit économique mais il s'est montré particulièrement motivé à la reprise d'une activité. Son parcours atypique, marginal et d'ex-toxicomane pèse lourd dans son CV et sa bonne volonté mérite d'être soutenue par une série de mesures visant à sa réintégration, comme l'intégration dans un atelier protégé pour un temps limité. Le Dr L____, médecin conseil des EPI souligne que l'assuré ne présente plus de dépendance ni problème social et que, moyennant un reconditionnement indispensable, sa capacité dans une activité légère est complète.
17. L'OAI a octroyé à l'assuré un réentraînement à l'effort aux EPI du 14 juin au 13 décembre 2011. D'abord, l'assuré est réticent, car il a un projet auprès de la feuille de Trèfle. Ensuite, après le début de la mesure, il a rencontré des problèmes personnels incompatibles avec une mesure à 100%, qui a été provisoirement limitée à 50% dès mi-juillet 2011.
18. Selon le rapport des EPI du 4 janvier 2012, la mesure de réentraînement au travail permet de conclure à une inaptitude à l'emploi dans le circuit économique, seule une activité en atelier protégé convenant aux limitations de l'assuré, qui aurait de la peine à s'intégrer dans l'économie libre, à cause des rendements très faibles, du manque de polyvalence dans les tâches et du besoin fréquent d'alterner les positions. Les activités doivent être très adaptées à ses limitations physiques, dans un contexte peu bruyant et avec un encadrement soutenant et très présent. De plus, l'humeur de l'assuré est instable et il est fragile émotionnellement. Les rendements ont atteint à peine 45% sur des activités adaptées à ses limitations, la gestuelle est lente et le tonus est faible. Toute activité exigeant une bonne coordination des membres supérieurs, des mouvements de balayage au-dessus de l'horizontale, de la force, l'utilisation de l'épaule gauche sont à éviter. La position assise est à

privilégier et le besoin d'alternance toutes les 20 minutes au moins est nécessaire. Toute activité nécessitant les membres inférieurs (pédales au niveau des établis par exemple) est à éviter. Sur le plan affectif, l'assuré a retrouvé petit à petit une meilleure confiance en lui, la mesure l'a aidé à mieux structurer ses journées et il a apprécié le contact social, mais il reste très fragile. Il s'est bien investi et il a fait preuve d'un bon engagement.

Le rapport relève que l'assuré est éprouvé émotionnellement, car on a récemment diagnostiqué un cancer à sa compagne, sur laquelle il compte beaucoup, de sorte qu'il se sent perdu. En plus des douleurs au niveau du bassin en raison de la prothèse et au niveau de l'épaule, l'assuré est nerveux et épuisé, le responsable d'atelier indiquant que l'état de fatigue est évident, le rythme devenant extrêmement lent en fin de journée. L'assuré se sent abattu et craint de recommencer à boire. Malgré une meilleure organisation des pièces sur l'établi, afin de ne pas trop solliciter le bras gauche de l'assuré, le responsable confirme que l'alternance des positions reste importante et qu'après deux heures de travail, malgré l'alternance, l'assuré a besoin d'un temps de repos. Même après l'alternance de trois jours dans l'atelier de réentraînement et deux jours à l'espace entreprise, les rendements sont très faibles sur des activités très simples et répétitives. Les capacités de concentration et de mémorisation à court terme de l'assuré sont très faibles. L'assuré traverse des moments d'angoisse, présente d'importants troubles du sommeil, souffre de fatigue chronique, au point où il s'exprime lentement et a de la peine à articuler. Lorsqu'il doit augmenter les médicaments pour mieux gérer ses angoisses et/ou ses douleurs, il souffre d'acouphène, ce qui augmente sa tension. Durant tout le stage, les maîtres d'atelier mentionnent qu'ils n'ont jamais noté d'odeur d'alcool ou un état qui pourrait faire penser à de l'ébriété, de sorte qu'ils ne doutent pas de l'abstinence. Après que l'assuré ait tenté, durant quinze jours, de poursuivre la mesure à raison de quatre jours par semaine à l'atelier de réentraînement, le suivi a dû être à nouveau réduit à trois jours, car le contexte de travail, notamment le bruit et les activités plus physiques, entraînent des douleurs et une péjoration de l'humeur. Dans le cadre de l'atelier espace, en octobre 2011, une aide a été apportée à l'assuré pour mener à bien plusieurs démarches administratives auprès de divers services sociaux. Il les a initiées seul, mais au cours du temps, la confusion était telle que l'assuré était complètement dépassé, devenait de plus en plus nerveux et agité et avait de grandes difficultés auprès des interlocuteurs de divers services. En novembre, l'assuré est aidé pour classer ses papiers administratifs, établir un budget et gérer le remboursement de certaines prestations perçues en trop. A l'établi, de septembre à décembre 2011, il est constaté que le besoin d'alternance reste très fréquent, que l'atelier de cartonnage n'est pas adapté (utilisation de la pédale impossible), qu'il faut s'assurer que les consignes soient bien comprises. L'assuré organise son travail très méticuleusement, devient plus à l'aise dans certaines tâches, malgré sa lenteur. Il est très consciencieux, vient à l'atelier de déconstruction avec plaisir. Malgré ces progrès, le milieu économique n'est pas

envisageable, essentiellement à cause de la fatigabilité, des besoins d'alternance fréquents et des faibles rendements dans les activités adaptées aux limitations. Mi-novembre, l'assuré est peu bien, il a de la fièvre, touse beaucoup et a un gros rhume, mais refuse de rester chez lui. Finalement son médecin le met à l'arrêt pour quatre jours le 22 novembre. A l'approche de la fin du stage, l'assuré est inquiet, il souhaiterait continuer à travailler aux EPI, afin de garder un rythme quotidien, avoir des liens sociaux, affirmant que la mesure lui a fait du bien. En guise de bilan, les EPI confirment que l'assuré est toujours bien engagé dans la mesure, que le rythme reste lent et que le milieu protégé est à privilégier.

19. Le SMR conclut le 17 janvier 2012 qu'en l'absence d'éléments médicaux nouveaux, il ne se justifie pas de remettre en cause les précédentes conclusions, qui admettent une pleine capacité de travail dès le 1^{er} décembre 2006. Le médecin-conseil des EPI avait aussi admis cette capacité entière après un stage, de sorte que l'échec du stage mis en place à cet effet n'est manifestement pas dû à un nouveau problème de santé.
20. Le Service de la réadaptation professionnelle de l'OAI prend acte, le 6 mars 2012, que le SMR estime que l'assuré présente, médicalement, une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et procède au calcul de l'invalidité, qui aboutit à un taux d'invalidité de 15%. Le salaire avec invalidité, selon ESS 2010, 1, homme, total, niveau 4, pour 41.6 heures de travail est de 61'164 fr. Le salaire sans invalidité, soit le même que ci-dessus, avec un abattement de 15%, est de 51'990 fr.
21. Par décision du 31 mai 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité. La décision précise que les rapports médicaux versés au dossier confirment que la capacité de travail reste nulle dans la précédente activité, mais qu'elle est totale depuis le 1^{er} décembre 2006 dans une activité adaptée.
22. Le Dr J_____ relève le 2 avril 2012 qu'il est stupéfait que l'OAI puisse imaginer que son patient est capable de réapprendre une activité professionnelle à 100%, même dans une activité adaptée, ce qui ne correspond pas à son état de santé. L'assuré ajoute, le 14 avril 2012, qu'il souhaite avoir un rendez-vous avec un médecin de l'AI, car il a une mobilité du bras gauche diminuée de 50% suite à une opération de l'épaule avec une plaque, une prothèse à la hanche droite qui l'empêche de rester debout trop longtemps et lui donne des crampes, un acouphène à l'oreille gauche très perturbant, de sorte qu'il convient de reconsidérer son dossier. L'assuré produit le 18 avril 2012 divers rapports du Département de chirurgie de l'Hôpital cantonal, concernant une fracture de l'humérus proximal gauche datant d'octobre 2003, d'abord traitée de façon conservative, puis réduite, le patient faisant des chutes régulières lors de crises d'épilepsie sur sevrage (rapport du 28 octobre 2003), concernant des céphalées compatibles avec des migraines, une sinusite et une rhinite (rapport du 26 avril 2012), concernant la prothèse totale de la hanche droite effectuée le 11 novembre 2005, suite à laquelle une rééducation à la marche est organisée (rapport du 23 novembre 2005).

23. Le Dr M____ du SMR, estime le 14 mai 2012 qu'il n'y a pas d'élément médical nouveau permettant de remettre en cause les précédentes conclusions du SMR, l'échec du stage de réentraînement n'est manifestement pas dû à un nouveau problème à la santé, tous les rapports médicaux concernent des éléments de santé antérieurs à l'avis du SMR de 2009.
24. Par décision du 31 mai 2012, l'OAI confirme son projet, supprime la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, les documents produits n'apportant pas d'élément modifiant sa position.
25. Par acte du 29 juin 2012, complété le 23 août 2012, l'assuré, représenté par un avocat, forme recours contre la décision. Il conclut à l'annulation de la décision du 31 mai 2012 et estime que les conditions d'une révision ne sont pas réalisées, les divers rapports médicaux démontrant que son état de santé ne s'est ni amélioré, ni détérioré, mais qu'il est resté stationnaire. Ces mêmes rapports médicaux indiquent que l'assuré n'est pas à même d'exercer une activité lucrative accessoire, même dans une activité simple et légère, ce qui est démontré par le stage de six mois aux EPI, malgré une bonne motivation et un engagement relevé par les maîtres d'atelier. C'est donc uniquement en raison du mauvais état de santé de l'assuré que les mesures de réentraînement ont échoué. Les Drs E_____ et J_____ confirment que l'assuré souffre de crises épileptiques de type grand mal, d'une boiterie suite à la pose d'une prothèse à la hanche droite, d'une surdité de l'oreille gauche et d'une paralysie faciale gauche séquellaire, d'un alcoolisme chronique en rémission, d'une fracture sous-capitale de l'humérus gauche entraînant des douleurs et une restriction de la mobilité de cette épaule.
26. Par pli du 22 octobre 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Tant le Dr E_____ que le Dr H_____, et le SMR, ont estimé que l'état de santé de l'assuré s'était amélioré. Notamment, les diagnostics psychiatriques évoqués lors de l'octroi initial de la rente n'ont pas été retenus par l'expert psychiatre. D'ailleurs, les EPI ont retenu, après le premier stage du 21 février au 20 mars 2011, que l'assuré était réadaptable, ce qui corrobore l'avis du SMR, selon lequel il jouit depuis décembre 2006 d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Selon le SMR, l'échec du stage de réentraînement n'est pas dû à des problèmes de santé et, d'ailleurs, les organes d'observation professionnelle ont seulement pour fonction de compléter les données médicales et non pas de se substituer à elles. Selon l'avis du SMR joint au préavis de l'OAI, la mise en place d'une prothèse de hanche, pour traiter l'ostéonécrose de la tête fémorale droite et l'amélioration de l'état psychique, notamment l'abstinence, ont permis à l'assuré de retrouver une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.
27. Le Dr L_____ précise le 9 février 2013, sur question de la Cour, qu'il n'a pas revu l'assuré lors du stage de réentraînement. Après lecture du rapport de stage de réentraînement, il pense que l'inaptitude dépend principalement des troubles

psychiques, qui ont des répercussions sur sa perception douloureuse et son aptitude physique, sans qu'il soit question de manque de motivation. Les conclusions du stage de réentraînement ne le surprennent pas, après autant d'années d'inactivité car il est alors rare qu'une capacité de travail exploitable revienne. A la réflexion, il aurait dû être plus prudent et écrire que « un réentraînement devrait peut-être permettre de surmonter le déconditionnement évident ».

28. Par ordonnance du 4 avril 2013, la Cour a ordonné un complément d'expertise psychiatrique et mandaté le Docteur G____, psychiatre. Celui-ci a déposé son rapport d'expertise le 27 mai 2013. Il retient, selon la CIM-10, le diagnostic psychiatrique de syndrome de dépendance à l'alcool, actuellement abstinent, avec des médicaments aversifs (F10.23). A l'examen clinique, l'expert constate une lenteur idéomotrice marquée et une discrète labilité affective, mais aucun signe de tristesse ou d'anxiété. L'expertisé présente des troubles discrets de la mémoire. Le diagnostic de dépression retenu par le Dr H____ n'est pas confirmé, ni celui de personnalité anxieuse ou de trouble de la personnalité. L'expertisé présente certes des traits de dépendance affective, manque de confiance en soi et ses ressources psychiques sont limitées. L'expertisé ne souffre pas de trouble psychiatrique, mais présente une évidente fragilité psychique (labilité affective et émotionnelle, manque de tonus psychologique) et une bradypsychie (lenteur idéique et mentale) dont les répercussions sur la capacité de travail ont été constatées lors du stage aux EPI. Elles peuvent représenter des séquelles de l'abus prolongé d'alcool et de drogue et sont peut-être aussi en partie la conséquence d'un déconditionnement et d'une désinsertion sociale prolongée. En conclusion, les troubles psychiques de l'assuré – fragilité émotionnelle, labilité affective, lenteur idéique et motrice, fatigabilité, difficulté à maintenir un niveau de concentration efficace dans la durée, faible résistance aux stress psychosociaux – réduisent notablement sa capacité de travail et son rendement et sont présents de très longue date. Ces troubles psychiques n'ont pas valeur de maladie au sens de la CIM-10. Bien que ne répondant pas aux critères d'un trouble psychiatrique, les limitations d'ordres psychique et mental sont évidentes et ne sont dues ni à un manque de motivation, ni à une tendance à l'exagération. L'expertisé ne souffrait d'aucun trouble avant le développement de l'addiction à l'alcool et la dépendance doit donc être considérée comme primaire, s'étant développés sur un terrain de vulnérabilité génétique et dans un environnement familial délétère. Les troubles psychiques persistants sont très vraisemblablement la conséquence de la consommation de multiples drogues et des abus sévères durant de longues années. Ils se sont développés sur un terrain fragilisé par un traumatisme cranio-cérébral, puis par la répétition des crises d'épilepsie. Les troubles psychiques sont plus vraisemblablement une conséquence qu'une cause de la dépendance aux drogues et à l'alcool. Les limitations physiques ont joué un rôle important dans l'échec de la tentative de réentraînement à l'effort, de sorte que l'échec n'est que partiellement dû aux troubles psychiques. L'état psychique de l'expertisé s'est amélioré depuis septembre 2003. Il travaille à mi-

temps dans un milieu protégé, sans grandes exigences de rendement. Ainsi, dans une activité adaptée aux limitations physiques reconnues concernant la hanche et l'épaule, l'expertisé a une capacité de travail supérieure à celle qu'il avait en 2007. Malgré l'amélioration de l'état clinique, il est peu probable que l'expertisé parvienne à répondre aux exigences de rendement d'une activité dans le circuit économique, en raison de sa lenteur et de sa fragilité psychique qui le confronteront à des difficultés qui risquent d'entraîner une recrudescence de l'angoisse, voire une rechute alcoolique.

29. Dans le délai fixé pour faire des remarques, cas échéant solliciter d'autres mesures d'instruction, les parties se sont exprimées ainsi :

a) Selon l'OAI, l'expertise permet de confirmer que le recourant ne présente pas d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI.

b) L'assuré précise qu'il a débuté en février 2013 auprès de Carrefour Rue un stage consistant, sous la supervision d'un coordinateur, à sélectionner des articles et à mettre en page ceux-ci.

La position de l'OAI sur l'expertise du Dr G____ confine à la mauvaise foi, car la fragilité psychique de l'assuré réduit notablement sa capacité de travail. Au surplus, le calcul du taux d'invalidité de l'OAI est contesté.

30. A la demande de la Cour, le Docteur J____, généraliste de l'assuré, a répondu ainsi aux questions posées, concernant exclusivement l'état somatique de l'assuré. Il présente une épilepsie type grand mal stabilisé, un status post-ostéosynthèse de l'épaule droite (recte : gauche) avec limitations fonctionnelles résiduelles, un status post-prothèse totale de hanche droite avec limitations fonctionnelles résiduelles. Depuis 2008, les atteintes à la santé entraînent une limitation fonctionnelle d'ordres physique et somatique, sans amélioration depuis lors, à savoir une diminution de la force et de la mobilité du membre supérieur droit, une diminution du périmètre de marche et l'absence de résistance à l'effort, une fatigue liée au traitement médicamenteux, avec troubles de la concentration et ralentissement psychomoteur. Du point de vue somatique, la capacité de travail reste gravement altérée, même dans une activité adaptée. Il ressort du rapport du 13 juin 2012 du Docteur N____, chef de clinique du département de chirurgie des HUG, que l'assuré présente une discrète instabilité de l'articulation cuboïdométatarsienne, lésion rare pour laquelle il n'y a pas de traitement à proposer. Selon le rapport du 28 octobre 2008 du Docteur O____, neurologue, l'assuré présente des séquelles de la lésion du nerf facial gauche avec possible hypoesthésie par atteinte du nerf trijumeaux et hypoacousie à gauche. Un traitement est introduit pour tenter de limiter les céphalées. Des examens complémentaires sont proposés pour confirmer la très probable épilepsie, afin d'introduire un traitement.

31. La Cour a confié un examen neuropsychologique de l'assuré à Madame P____, docteur en psychologie et psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Elle a rendu son rapport le 10 mars 2014. L'évaluation neuropsychologique met en évidence des troubles modérés à sévères au niveau attentionnel (attention sélective et soutenue, vitesse de traitement) rendant de nombreuses tâches déficitaires en ce qui concerne le temps d'exécution. Des troubles instrumentaux (dysorthographe, trouble du calcul) et de discrètes difficultés mnésiques (sensibilité à l'interférence proactive, courbe d'apprentissage assez plate, restitution d'un texte lacunaire) complètent ce tableau. En ce qui concerne l'étiologie, les troubles cognitifs observés ont probablement une origine multifactorielle (séquelles du traumatisme cranio-cérébral, séquelles des crises d'épilepsie, de l'abus d'alcool et de drogue et troubles thymiques). On constate donc des limitations au niveau cognitif et émotionnel, qui corroborent ce qui a été observé par les professionnels de l'EPI (rendement et rythme lents, difficultés de concentration et de mémorisation). La bonne application et la motivation à bien répondre sont aussi relevées durant l'évaluation neuropsychologique. Au moment de l'évaluation, l'assuré a débuté une prise en charge psychothérapeutique afin de l'aider à gérer la maladie de sa compagne.

32. Un délai a été fixé aux parties pour conclure.

a) L'OAI s'en rapporte à l'avis du SMR du 18 mars 2014. Le bilan neuropsychologique montre des troubles qui diminuent la capacité de travail. Il faut donc s'en tenir à l'estimation des responsables du stage des EPI et considérer que la capacité de travail n'est plus, à l'heure actuelle, que de 45%, dans une activité respectant strictement les limitations fonctionnelles.

b) Le recourant persiste dans ses conclusions, les importantes limitations retenues par le Dr G____ et le bilan neuropsychologique sévèrement déficitaire au niveau de l'attention et de la vitesse de traitement, qui sont deux facultés essentielles dans tous types d'activités lucratives, démontrent que l'assuré n'a aucune capacité de travail, dans quelque activité que ce soit.

33. La cause a été gardée à juger le 14 avril 2014.

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; RS 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité, singulièrement sur l'amélioration de l'état de santé de l'assuré et sa capacité de travail dans une activité adaptée.
6. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés

sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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).

7. a) 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 1er janvier 2008).

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.

b) 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).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1; MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

c) 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'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'invalidité 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). 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 mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

d) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne

saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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

- b) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle

mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4).

c) En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

9. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b).

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

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).

10. En l'espèce, dans le cadre de la procédure de révision ordonnée en juillet 2006, il convient de comparer la situation lors de la décision du 2 septembre 2003 avec celle prévalant le 31 mai 2012. La rente a été octroyée en raison d'une totale incapacité de travail due à la nécrose aseptique de la hanche, à la dépendance alcoolique de l'assuré et au dommage mental causé par celle-ci. Il est établi sur la base des rapports médicaux que l'état de santé de l'assuré s'est amélioré après 2003, puisque grâce à l'abstinence acquise en 2004, la nécrose aseptique de la hanche a pu être opérée par pose d'une prothèse en novembre 2005. Cela étant, et contrairement à ce que retenait le SMR en juin 2007, le Dr E_____, alors médecin-traitant de l'assuré, n'admettait pas une capacité de travail de 50% sans restriction, mais dans un milieu

protégé. Il ressort de l'instruction de la cause que, du point de vue somatique, l'assuré reste fortement limité au niveau de la hanche droite (boiterie, limitation du périmètre de marche) et de l'épaule gauche, qu'il présente des épisodes d'épilepsie de type grand mal ainsi que des céphalées. Il est définitivement et totalement incapable de travailler comme peintre en bâtiment et dans toute activité manuelle lourde (manœuvre, etc.). Du point de vue psychique, l'expertise du Dr G____, dont la valeur probante n'est pas contestée, permet de retenir que si l'assuré n'est atteint d'aucun trouble ayant valeur de maladie psychique selon la classification internationale, il présente d'importants troubles psychiques (fragilité émotionnelle, labilité affective, lenteur idéique et motrice, fatigabilité, difficulté à maintenir un niveau de concentration efficace dans la durée, faible résistance au stress), qui limitent fortement sa capacité de travail. Ces troubles sont vraisemblablement la conséquence de la consommation abusive de divers psychotropes, qui s'est développée dans un terrain génétique vulnérable, un environnement familial délétère, terrain encore fragilisé par un TCC et des crises d'épilepsie. Le Dr G____ s'écarte des diagnostics retenus par le Dr H____, mais confirme que la fragilité de l'assuré est telle que la confrontation à un travail exigeant un rendement risque d'entraîner une rechute alcoolique. D'ailleurs, le service de la réadaptation avait déjà des doutes sur la capacité résiduelle de l'assuré lors de l'évaluation de 2007, celui-ci ayant alors repris une consommation d'alcool entre octobre 2007 et février 2008, suite à une crise d'épilepsie dans un contexte fragilisé. Selon l'expert, l'état de santé psychique s'est amélioré depuis 2003 et la capacité de travail de l'assuré est plus importante en 2013 que lors de la première expertise en 2007, mais il est peu probable qu'elle dépasse une capacité de 50% dans un milieu protégé, tel que celui de l'édition de la Feuille de trèfle de Carrefour Rue, en raison des limitations psychiques et somatiques. L'examen neuropsychologique a confirmé les troubles cognitifs au point de vue attentionnel et exécutif. Finalement, le stage de réentraînement à l'effort aux EPI avait corroboré l'importance des limitations tant physiques que neuropsychologiques de l'assuré, qui ne parvient que difficilement à assurer un rendement de 45%, en raison d'un besoin accru d'alternance des positions, de la lenteur d'exécution, de la fatigabilité, des difficultés de mémoire et de concentration, nécessitant un entourage compréhensif, l'absence de stress et un contexte peu bruyant. Les experts psychiatre et neuropsychologue, ainsi que les maîtres d'atelier des EPI soulignent tous l'excellente motivation de l'assuré, son application et l'absence de toute exagération des plaintes.

11. Sur ces bases, le SMR estime désormais à juste titre que l'assuré ne présente plus qu'une capacité de travail de 45% dans une activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles. Du point de vue somatique, une alternance de position toutes les 20 minutes, un périmètre de marche limité, l'impossibilité d'utiliser une pédale à l'établi, les limitations de mobilité du bras gauche ainsi que la fatigue restreignent le champ d'activités, mais permettent toutefois un certain nombre d'activités simples et répétitives, voire administratives (cf. avis du Dr F____). Par

contre, la fragilité psychique et les troubles cognitifs (concentration, mémoire et capacité exécutive) excluent tout travail de type administratif. De même, s'ils ne sont pas en eux-mêmes totalement incompatibles avec une activité légère, les conditions dans lesquelles le travail doit avoir lieu (absence de stress, entourage compréhensif, environnement peu bruyant) ne sont pas exigibles d'un employeur et ne se trouvent d'ailleurs pas sur le marché du travail ordinaire, même détendu, car cela correspond précisément aux conditions du travail en milieu protégé. Ainsi, malgré une amélioration de son état de santé, l'assuré ne peut pas exploiter sa capacité de travail résiduelle dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, de sorte que c'est à tort que l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité par décision du 31 mai 2012.

12. Par surabondance de moyens, on ajoutera que si la capacité de travail de 45% de l'assuré était encore exploitable, la suppression et même la diminution de la rente serait injustifiée, une rente entière restant due. Toutes les activités de force sont exclues, celles en usine exigeant un rendement aussi, le travail administratif demandant concentration également. On pourrait éventuellement envisager un travail de gardien de musée (TA1 ligne 91 : 4'633.-), d'employé de service dans le bâtiment (surveillance d'immeuble, conciergerie légère : TA 1 ligne 81: 4'114.-), voire de service personnels (TA 1 ligne 96: 4'256.-). Pour 41,6 heures de travail, le salaire moyen s'élève à 54'088.-. En raison de l'importance de ses limitations, de son âge (46 ans), de sa faible capacité d'adaptation en raison du nombre d'années sans activité (ce qui est équivalent à de nombreuses années dans la même activité), c'est un abattement maximum de 25% qu'il conviendrait d'appliquer au salaire d'invalidé. A supposer donc qu'une telle activité soit exigible, le calcul du taux d'invalidité serait alors le suivant selon le calcul effectué par l'OAI à l'appui de la décision querellée :

- Salaire sans invalidité : 61'164.-
- Salaire d'invalidé : 18'254.- [(54'088.- x 45% = 24'339.-) - (25% de 24'339.-)]
- Différence: 42'910.-
- Taux d'invalidité: 70%

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 31 mai 2012 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

Quant aux frais d'expertise du Dr G____ (CHF 3'935,70) et de Madame P____ (CHF 1'615,30), ils seront mis à la charge de l'intimé, conformément à la jurisprudence en la matière (cf. ATF 137 V 2010 consid. 4.4.2), dès lors que la chambre de céans a dû procéder à cette instruction en lieu et place de l'intimé, qui aurait dû ordonner une complément d'expertise à celle du Dr H____, au vu de ses

doutes quant à sa valeur probante, des objections fondées du médecin-traitant et des conclusions des EPI qui démontraient une capacité de travail restreinte en raison des limitations somatiques et psychiques et absolument pas dues à un manque de motivation.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 31 mai 2012.
3. Met un émolument de CHF 200.- et les frais d'expertises de CHF 5'551.- à la charge de l'intimé.
4. Condamne l'intimé au paiement d'une indemnité de procédure de CHF 3'500.- en faveur du recourant.
5. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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