

EN FAIT

1. Monsieur V _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1951, de nationalité espagnole, a suivi l'école primaire de 7 à 14 ans en Espagne. Il a alors travaillé à la confection de cercueils avec son père jusqu'à 17-18 ans. Il est arrivé en Suisse à 17-18 ans, en 1968 et il y travaille depuis lors dans l'hôtellerie et la restauration, en qualité de serveur - sommelier, selon ses extraits de compte AVS. Employé en dernier lieu en qualité de serveur dans un restaurant, il est incapable de travailler depuis fin novembre 1998. Il a réalisé en 1998 un salaire annuel de 48'600 fr. pour 42 heures de travail par semaine et son employeur indique qu'il aurait peut-être gagné plus en 1999, son revenu étant lié au chiffre d'affaires. Il a déposé une demande de prestations d'invalidité le 9 juillet 1999, en raison de douleurs dorsales et d'une affection urinaire.
2. Il ressort des divers rapports médicaux recueillis que l'assuré souffre d'un syndrome de vessie flasque, qui l'oblige à se sonder plusieurs fois par jour et présente une incontinence urinaire, qui a une influence sur son état émotionnel, implique des troubles du sommeil, le patient craignant de présenter une incontinence en public. Concernant son problème d'alcool, il est alors abstinent (rapport du 13 décembre 1999, Dr A _____, division d'alcoologie du Département de psychiatrie). La situation au 1 _____ de l'auto-sondage est stabilisée en janvier 2000 et ce type d'affection permet une activité à 100% (Dr B _____, spécialiste en urologie). Selon le Dr C _____, le patient est totalement incapable de travailler depuis décembre 1998, en raison d'un éthylisme chronique traité il y a deux ans, d'un état dépressif modéré, d'une spina-bifida, d'infections urinaires récidivantes et d'une vessie neurologiquement flasque. L'assuré souffre de douleurs lombaires. Le patient est désireux de reprendre le travail mais est craintif du regard d'un éventuel employeur en raison des multiples sondages quotidiens et des absences dues aux infections urinaires. Il y a une capacité de travail en qualité de caissier (rapport du 24 mars 2000).
3. Par projet du 28 mars 2001, l'OAI refuse toute rente à l'assuré estimant qu'il est capable de reprendre son activité de serveur.
4. L'assuré s'oppose au projet de décision et transmet divers rapports médicaux qui indiquent qu'il souffre d'une malformation congénitale de la région sacrée (spina-bifida) qui s'accompagne d'une importante malformation des tissus mous et de l'os, l'atteinte provoquant un syndrome de la queue de cheval qui explique les troubles sphinctériens par vessie neurogène, l'atrophie du membre inférieur droit et des douleurs locales, qui justifient une incapacité de travail (rapport du Dr D _____, neurologue, du 17 mai 2001). L'assuré présente une malformation médullaire avec moelle basse incurable qui justifie une invalidité (rapport du 22 mars 2002 du Dr E _____, neurochirurgien).

5. L'assuré a été hospitalisé à deux reprises en juin 2002, pour un état dépressif en aggravation en unité psychiatrique suite au décès de son frère et l'appréciation du médecin de l'OAI du 13 novembre 2002 est que l'atteinte à la santé tant physique que psychique de l'assuré justifie une incapacité de travail supérieure à 70%, et qu'il convient donc d'octroyer une rente entière.
6. Par projet du 18 novembre 2002, confirmé par décision du 7 mars 2003, l'assuré est mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} décembre 1999.
7. Une révision de la rente a été entreprise par l'OAI en août 2006 et l'assuré a répondu le 15 septembre 2006 que son état de santé s'était aggravé depuis 1998. Le Dr C_____ atteste d'une totale incapacité de travail dans toute activité en raison d'importantes douleurs dorso-lombaires, d'incontinence urinaire, de perte de selles, l'assuré étant très limité pour une activité physique. Le Dr F_____ mentionne un status post-opératoire spina-bifida avec complications neurologiques invalidantes (incontinence selles et urine), et un état dépressif réactionnel sans conséquence sur la capacité de travail, pronostiquant une rente à 100% à vie. L'assuré ne consulte plus d'urologue. Il a été hospitalisé 15 jours en mars 2004 à la Clinique de Montana pour un épisode dépressif moyen.
8. L'expertise du CEMED du 17 janvier 2007 des Dr G_____, psychiatre et H_____, neurologue, est fondée sur l'examen du patient et l'ensemble de son dossier médical. Elle contient un résumé des pièces du dossier, une anamnèse précise, le détail des plaintes du patient et les constatations objectives faites lors de l'examen du patient. Les experts diagnostiquent une atteinte pluri-radulaire L5-S5 bilatérale à prédominance droite sur une malformation congénitale de l'extrémité distale de la moelle, avec répercussion sur la capacité de travail, ainsi qu'une dépendance à l'alcool et des troubles articulaires multiples sans explication sur le plan locomoteur et neurologique, sans répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue psychiatrique, la thymie est légèrement triste, sans idées suicidaires et sans rumination morbide; le tableau évoque des traits de personnalité de type caractériel, qui restent dans la normalité. Du point de vue neurologique, l'assuré doit recourir à trois sondages par jour et porter une protection contre les pertes de selles. Malgré les plaintes au niveau du rachis cervico-dorso-lombaire, la mobilité est bonne, sans contracture, avec une boiterie du membre inférieur droit, qui apparaît globalement atrophié, les constatations cliniques ne laissant aucun doute quant à l'existence d'une atteinte neurologique sévère de type queue de cheval de nature malformative expliquant en tous points les plaintes formulées par le patient. Etant donné l'importance des troubles neurologiques et leur répercussion sur les activités de tous les jours, contrairement à l'avis du Dr I_____ et conformément à celui du Dr E_____, qui est mieux à même de juger l'état neurologique d'un patient, les experts concluent à une totale incapacité de travailler en tant que sommelier et à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, ne nécessitant pas un engagement physique lourd, autorisant des changements

fréquents de position et permettant au patient de pratiquer des auto-sondages. Les douleurs multiples du rachis et des quatre extrémités restent sans explication somatique et correspondent probablement à l'expression d'un état de tension nerveuse secondaire aux autres problèmes de santé présentés par l'assuré, sous réserve que des examens ultérieurs démontrent l'existence d'une pathologie spécifique du système locomoteur évoluant indépendamment des troubles neurologiques. Il n'y a pas d'incapacité de travail sur le plan psychique, mais les experts estiment compréhensible que l'assuré peine à imaginer reprendre une activité professionnelle en raison des problèmes d'incontinence, de sorte que la reprise d'une activité en contact avec la clientèle est peu envisageable.

9. Selon l'avis du 12 mars 2007 du Dr J_____ du SMR, l'assuré souffre d'une atteinte somatique, mais ne présente aucun diagnostic influençant sa capacité de travail. Il est incapable de travailler dans son activité habituelle depuis 1998, mais il est capable de travailler dans une activité adaptée à 50% depuis 1998, respectant les limitations fonctionnelles énumérées, soit : pas de station debout prolongée sans changement de position et possibilité de changer de position chaque heure. Pas de port de charges lourdes supérieures à 15 kg. Activité de type sédentaire. Pas de travail à genoux et/ou en station accroupie. Pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétée du tronc.
10. L'OAI a informé l'assuré qu'il envisageait des mesures professionnelles le 15 mars 2007, puis le dossier est resté inactif jusqu'en mai 2009, l'OAI décidant alors de proposer un stage à l'assuré, sans ré instruire l'aspect médical, qui est jugé stable par le SMR depuis 1998.
11. L'assuré est alors convoqué pour un entretien en juin auquel il ne s'est pas présenté. Il ne donne pas suite à la sommation de l'OAI en vue de l'examen de la réadaptation et le service de réadaptation met un terme au mandat de réadaptation. Il détermine en juin 2009 que le taux d'invalidité est de 49,9% (revenu sans invalidité: TA7 2006, ligne 37 (restauration), niveau 3, de 53'155 fr. et revenu avec invalidité: ESS 2006, TA1, niveau 4, à 50%, de 29'599 fr. avec une réduction de 10% pour l'âge, les limitations et la capacité de travail partielle, donc 26'639 fr. Le rapport du Service de réadaptation cite le rapport du SMR du 12 mars 2007 qui admet une capacité de travail de 50% depuis 1998 puis précise avoir basé la comparaison des revenus sur 2006, soit l'année du lancement de la révision en cours. Dans l'hypothèse d'un marché du travail équilibré, l'assuré pourrait mettre à profit sa capacité de travail dans une activité simple et répétitive, nécessitant tout au plus une formation pratique et n'impliquant pas de connaissances professionnelles approfondies. S'agissant du revenu sans invalidité, bien que l'assuré ne soit au bénéfice d'aucune formation qualifiante, en raison de sa longue expérience dans le secteur, le rapport retient le revenu ressortant du tableau TA7, niveau 3, pour un horaire de 41,7 heures en 2006.

12. L'OAI examine alors les droits de l'assuré à une rente étrangère jusqu'en octobre 2009, puis le dossier est inactif jusqu'en juin 2011. Une note de travail du 28 juin 2011 indique que l'atteinte psychique n'étant plus considérée comme invalidante par l'avis du SMR du 12 mars 2007, on peut admettre un changement notable, soit un motif de révision en 2006, soit lors de la révision.
13. Par projet du 28 juin 2011, l'OAI alloue une demi-rente à l'assuré dès la fin du 2^{ème} mois suivant la décision et confirme son projet par décision du 26 septembre 2011. La décision indique que l'état de santé de l'assuré s'est modifié depuis la décision initiale du 7 mars 2003, l'OAI estimant que, depuis 2006 en tout cas, l'assuré peut exercer toute activité lucrative à un taux de 50%. L'assuré n'ayant pas jugé utile de collaborer à l'examen des mesures de réadaptation, la décision se réfère aux données statistiques pour évaluer le revenu d'invalidé.
14. Représenté par un avocat, l'assuré forme recours le 25 octobre 2011, et demande un délai pour compléter son acte, indiquant avoir pris connaissance de la décision alors qu'il est incarcéré.
15. Par pli du 16 novembre 2011, préalablement à ses conclusions au fond, l'OAI sollicite les documents judiciaires précisant la nature de la détention.
16. Par pli du 23 novembre 2011, la Cour de céans fixe un délai à l'assuré pour produire ceux-ci et compléter son recours.
17. Par pli du 12 décembre 2011, l'assuré indique être détenu, à titre préventif, depuis le 10 juillet 2011 et qu'une audience de jugement devrait avoir lieu au début de l'année 2012. Il s'engage à tenir régulièrement informé l'OAI de l'évolution de la procédure pénale et de sa situation. Il résume les rapports médicaux ayant précédé la décision initiale de rente puis ceux produits suite à la procédure de révision de la rente AI initiée en août 2006. Il fait valoir que le Dr F_____ confirme sa totale incapacité de travail. Il critique le fait que l'expertise du CEMED date de 2007 alors que la décision de rente date de septembre 2011, soit plus de quatre ans plus tard, alors que sa situation médicale a sensiblement évolué dans l'intervalle. Il a connu des rechutes dans le cadre de sa consommation d'alcool, ayant eu des incidences sur son comportement, une expertise psychiatrique étant en cours dans le cadre de la procédure pénale, dont il sollicite l'apport. L'anamnèse ressortant de l'expertise du CEMED de février 2007 est contestée. Ainsi, l'expertise du CEMED de 2007 n'est pas en mesure d'éclairer utilement la situation médicale du recourant au jour du prononcé de la décision du 26 septembre 2011.
18. Par pli du 9 janvier 2011, l'OAI fait valoir que l'expertise du CEMED doit se voir reconnaître pleine valeur probante, et elle n'est d'ailleurs pas contestée par le conseil du recourant. L'avis des médecins traitants a une valeur probante moindre, car ils prennent naturellement parti pour leur patient. Le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffit pas à remettre en cause la valeur probante

d'un avis médical convaincant, étant précisé que, postérieurement à l'expertise du CEMED, l'assuré n'a produit aucun certificat médical justifiant d'une aggravation de son état de santé, alors que les parties ont l'obligation de collaborer à l'instruction de l'affaire. L'OAI conteste que l'anamnèse de l'expertise soit incomplète, même si celle-ci est empreinte du récit du recourant, et bien qu'il ne puisse pas donner beaucoup de détails sur les conditions affectives dans lesquelles il a vécu son enfance. L'OAI relève que l'alcoolisme ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi, de sorte qu'il conclut au rejet du recours. Toutefois, si les rapports d'hospitalisation ou d'expertise pénale devaient être produits, l'OAI sollicitera un délai pour se déterminer à nouveau et réserve ainsi ses conclusions.

19. Selon le rapport du 23 janvier 2012 de la clinique Belmont, l'assuré a été hospitalisé du 19 mai au 12 juin 2010, période suivie d'une prise en charge à la clinique de jour du 28 juin au 8 juillet 2010. Il a été hospitalisé du 9 juillet au 16 août 2010 puis du 29 septembre au 13 novembre 2010, avec un suivi en clinique de jour du 19 novembre 2010 au 5 mai 2011. Les diagnostics motivant l'hospitalisation sont un syndrome de dépendance à l'alcool (F10.2) et un trouble dépressif récurrent (F33.0), l'assuré ayant déjà été hospitalisé à la clinique de Belle-Idée pour des sevrages entre 1998 et 2002. Les objectifs de l'hospitalisation étaient un sevrage d'alcool et un suivi médical, une stabilisation psychiatrique et médicamenteuse, ainsi qu'une psychothérapie individuelle et en groupe selon le programme de la clinique Belmont. Après une hospitalisation à la clinique de Belle-Idée en mai 2010, pour un sevrage d'alcool, en raison d'une dépendance évoluant de longue date avec une déchéance sociale importante, le patient a été transféré à la clinique Belmont du 18 mai au 12 juin pour terminer le sevrage et pour suivre le traitement alcoolologique. Une nouvelle rechute a justifié l'hospitalisation entre juillet et août 2010. Une nouvelle rechute alcoolique et des problèmes judiciaires ont impliqué l'hospitalisation de septembre à novembre 2010, suite à une ordonnance de mise en liberté provisoire dès le 27 septembre 2010. Après désintoxication, le traitement a été poursuivi de manière ambulatoire intensive au centre de jour, de façon quotidienne, jusqu'au 5 mai 2011, date de la fin du suivi psychothérapeutique. Le traitement a été poursuivi par prescription dans le cadre d'une pharmacie, quotidiennement, du 30 novembre 2010 au 24 mai 2011, date à laquelle le patient a mis fin au traitement d'Antabus.
20. La Cour a obtenu le 1^{er} mars 2012 du Tribunal pénal copie de l'expertise médicale psychiatrique du 26 janvier 2011 et son complément du 15 septembre 2011, effectués par les Dr K_____ et L_____, psychiatres au centre de médecine légale des HUG, ainsi que le jugement du Tribunal correctionnel du 21 février 2012.
21. Le rapport des experts est fondé sur quatre entretiens avec l'expertisé, un entretien téléphonique avec son psychiatre, la lecture du dossier médical et l'étude du dossier de procédure pénale. Il contient une anamnèse détaillée, qui mentionne

l'aggravation de l'incontinence fécale et urinaire depuis 1998, l'apparition d'une hernie discale entre 2004 et 2007 selon l'assuré avec des douleurs invalidantes qui le contraignent à augmenter sa consommation d'alcool, avec comme conséquence des problèmes de voisinage. L'anamnèse médicale psychiatrique relate les hospitalisations depuis 1998, liées à une consommation régulière d'alcool et à un risque auto et hétéro agressif, une aggravation de la dépression, notamment en 2002 lors du décès d'un frère, puis en 2009 et 2010, les deux dernières fois en lien avec une consommation d'alcool importante. S'agissant des faits qui justifient l'expertise pénale, il s'agit d'une série d'incendies intentionnels attribués à l'assuré. Les experts retiennent le diagnostic de dépendance à l'alcool, actuellement abstinente (F10.20). Les experts relèvent que la quantité d'alcool, la durée de la dépendance (plus de dix ans) la nécessité d'hospitalisation pour des sevrages permettent de poser le diagnostic de dépendance à l'alcool de gravité moyenne. Lors des incendies intentionnels, il est très probable que l'assuré ait été sous l'emprise d'une intoxication alcoolique aiguë, mais il a toutefois pu agir discrètement avec un comportement qui ne semblait pas désorganisé. Les experts ne mettent pas en évidence de traits de personnalité pathologique, comme des traits de personnalité dissociale, ni un abaissement du seuil de décharge de l'agressivité et de la violence, ni difficulté à percevoir les émotions des autres. L'assuré ne présente ni idée délirante, ni hallucination, ni perte de contact avec la réalité lors des faits incriminés. C'est l'effet désinhibant de l'alcool qui a influencé son comportement, de sorte que la capacité de l'assuré de se déterminer d'après l'appréciation du caractère illicite de ses actes était légèrement diminuée. Ainsi, la responsabilité de l'expertisé n'est que faiblement restreinte, au sens de l'art. 19 CP. L'assuré ayant commis de nouvelles infractions après le dépôt du premier rapport d'expertise, le complément mentionne qu'après avoir interrompu son traitement d'Antabus, , ainsi que le suivi à la clinique Belmont et auprès de son psychiatre l'assuré a consommé le jour-même de l'alcool et commis, le lendemain, un incendie, dont il ne se souvient pas, sous l'emprise d'une intoxication alcoolique aiguë, mais en conservant un comportement organisé. Les experts confirment le risque de récurrence, en lien avec la consommation d'alcool, rappellent que la prise d'Antabus a permis à l'assuré une abstinence à l'alcool, aucun incendie intentionnel ne lui ayant été reproché durant le traitement. Les experts proposent donc une prise en charge institutionnelle et confirment leurs conclusions.

22. L'assuré a été condamné à une peine privative de liberté d'ensemble de 24 mois, étant reconnu coupable d'incendies intentionnels et a été soumis à une mesure thérapeutique institutionnelle sous forme d'un traitement en milieu fermé.
23. Par pli du 2 avril 2012, l'assuré relève que l'expertise pénale ne se prononce pas sur sa capacité de travail, mais que la seule expertise figurant au dossier remonte à plus de 5 ans, de sorte qu'il n'est pas possible, en l'état, de se prononcer sur sa capacité de travail et sur son invalidité, alors que l'expertise pénale laisse apparaître un trouble psychique qui doit être investigué plus avant. De plus, l'expertise du

CEMED de 2007 réservait les examens ultérieurs médicaux qui pourraient démontrer l'existence d'une pathologie spécifique du système locomoteur évoluant indépendamment des troubles neurologiques, de sorte que la situation sur le plan somatique n'est pas claire non plus. L'assuré conclut donc à la mise sur pied d'une expertise bidisciplinaire psychiatrique et neurologique.

24. Par pli du 2 avril 2012, l'OAI conclut au rejet du recours, sur la base de l'avis du SMR du Dr M_____ du 26 mars 2012, selon lequel l'alcool entraîne à lui seul un état dépressif, qui guérit spontanément avec la poursuite du sevrage. L'examen psychiatrique pénal ne met en évidence aucun autre trouble psychiatrique, de sorte que l'alcoolisme est primaire et n'a pas d'influence sur la capacité de travail. Il n'y a donc pas d'autre fait nouveau qui permette de modifier l'appréciation du SMR du 12 mars 2012.

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 345 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008, 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 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, 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 réduction de la rente d'invalidité de l'assuré dès le 1^{er} décembre 2011.
6. a) 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).

b) 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).

c) 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.

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).

7. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

A teneur de la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, une dépendance comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance ou la toxicomanie ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une atteinte à la santé physique ou mentale qui nuit à la capacité de gain de l'assuré, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a). Notre Haute Cour a à cet égard précisé que la situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement addictif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (ATF non publié 9C_395/2007 du 15 avril 2008, consid. 2.2).

Cependant, l'existence d'une comorbidité psychiatrique ne constitue pas encore un fondement suffisant pour conclure sur le plan juridique à une invalidité en raison d'une dépendance. L'affection psychique mise en évidence doit contribuer pour le moins dans des proportions considérables à l'incapacité de gain de l'assuré. Une simple anomalie de caractère ne saurait à cet égard suffire (RCC 1992 p. 180, consid. 4d). En présence d'une pluralité d'atteintes à la santé, l'appréciation médicale doit décrire le rôle joué par chacune des atteintes à la santé sur la capacité de travail et définir à quel taux celle-ci pourrait être évaluée, abstraction faite des effets de la dépendance. Si l'examen médical conduit à la conclusion que la dépendance est seule déterminante du point de vue de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de distinguer entre les différentes atteintes à la santé (ATF non publié 9C_395/2007, op. cit., consid. 2.4).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic

psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (ATF non publié 9C_395/07 du 15 avril 2008, consid. 2.3).

b) 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).

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 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).

8. a) 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, 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).

b) 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (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 (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

c) Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé 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; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4).

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 (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2).

A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même que pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle d'un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % avec de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2).

9. a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

b) Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPGA). Selon l'art. 22 LPA, les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dans les procédures qu'elles introduisent elles-mêmes, dans celles où elles y prennent des conclusions indépendantes ainsi que dans les autres cas prévus par la loi. Cette réglementation cantonale est conforme aux exigences posées à l'art. 61 LPGA (ATFA non publié du 21 juillet 2005, I 453/04, consid. 2.2.3). Ce devoir comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 I 183 consid. 3.2). Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 130 I 184 consid. 3.2, 128 III 411 consid. 3.2).

Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322, consid. 5a).

En présence d'un refus de collaborer, le juge est fondé à procéder à une appréciation des preuves sur la base des éléments du dossier (KIESER, ATSG-Kommentar, Zürich 2003, n. 59 *ad* art. 61). Il ne peut toutefois se contenter d'examiner la décision attaquée sous l'angle du refus de collaborer de l'intéressé et s'abstenir de tout examen matériel de ladite décision sous l'angle des faits médicaux retenus par l'assureur (ATFA non publié du 6 mai 2004, I 90/04, consid. 4 ; voir aussi RCC 1985 p. 322).

c) 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).

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, suite à la révision entreprise par l'OAI en 2006, il s'agit de comparer la situation de mars 2003 à celle de septembre 2011.

En premier lieu, l'expertise du CEMED du 17 janvier 2007 est probante. Elle est fondée sur un examen du patient, elle tient compte de ses plaintes, discute les divers avis médicaux et ses conclusions sont convaincantes. Mis à part le fait qu'elle date de 2007, le recourant n'indique pas en quoi elle serait critiquable. Contrairement à la lecture orientée qu'il en fait, les experts ne suggèrent pas de procéder à un examen médical complémentaire, mais relèvent que certaines plaintes (dans les 4 membres) ne sont pas objectivées, sous réserve qu'un examen ultérieur montre des troubles locomoteurs indépendants du trouble neurologique. Les douleurs dorso-lombaires sont mentionnées en 2006 par le médecin traitant, le Dr C _____, sans qu'aucun diagnostic les objectivant ne soit posé et sans qu'aucun examen radiologique ne soit effectué. Ainsi, en l'absence de tout rapport médical de l'un ou l'autre des médecins traitant de l'assuré qui diagnostiquerait un trouble distinct du trouble neurologique et impliquant des douleurs lombaires, l'OAI était fondé à ne pas instruire plus avant l'aspect médical, parfaitement élucidé par le CEMED. Il est certes fort regrettable que l'OAI n'ait pas instruit le dossier de l'assuré à deux reprises durant deux ans, mais cela n'implique pas pour autant que la Cour doive ordonner une expertise multi-disciplinaire (orthopédique-neurologique et psychiatrique) pour établir l'état de santé de l'assuré, en l'absence d'un quelconque avis médical, que ce soit du médecin traitant, d'un médecin de la prison, d'un

généraliste de la Clinique Belmont qui attesterait d'une affection qui n'aurait pas été prise en compte par le CEMED ou d'une aggravation qui serait intervenue entre temps. L'écoulement du temps n'implique pas une aggravation de toutes les pathologies et le fait que les experts du CEMED aient réservé une évolution de l'état de santé ne suffit pas pour retenir une aggravation. Du point de vue somatique donc, la Cour retient que l'état de santé et la capacité de travail de l'assuré n'ont pas notablement évolué depuis l'avis du CEMED de 2007.

S'agissant de l'état psychique de l'assuré, l'expertise du CEMED est convaincante et retient que l'assuré ne souffre plus de la dépression qui était invalidante en 2003. L'expertise pénale ne retient aucun autre trouble psychique que la dépendance à l'alcool et précise que, sauf en 2002 lors d'un deuil, les aggravations de la dépression ultérieure ont à chaque fois été consécutives à une importante consommation d'alcool. De plus, l'assuré a connu des périodes d'abstinence, lors desquelles il s'est d'ailleurs abstenu de tout acte délictuel. L'abstinence sans hospitalisation durant 6 mois est confirmée par la clinique Belmont. Ces deux éléments permettent de retenir au degré de la vraisemblance prépondérante que la dépression qui a motivé pour partie l'octroi d'une rente entière en 2003 s'est amendée, que les états dépressifs de 2009 et 2010 sont liés à l'alcoolisme et que la dépendance à l'alcool n'est pas une pathologie secondaire, à la pathologie neurologique par exemple, puisque l'assuré est en mesure de s'abstenir de consommer de l'alcool malgré la chronicité et la gravité de son trouble neurologique. A cet égard, et à défaut de tout avis médical divergent, il n'est pas nécessaire d'ordonner un complément d'expertise psychiatrique, les derniers experts ayant exclu un autre trouble psychique et l'assuré n'étant au demeurant plus suivi par un psychiatre depuis de nombreuses années. Ainsi, en se fondant sur l'avis du CEMED complété par celui des experts pénaux, l'état de santé psychique, outre la dépendance à l'alcool qui n'est pas invalidante, s'est notablement amélioré depuis 2002-2003, et n'a plus d'influence sur la capacité de travail de l'assuré. L'OAI était ainsi fondé à admettre, en 2007, que les conditions de principe d'une révision étaient réalisées, suite à l'amélioration de l'état de santé depuis 2003.

En second lieu toutefois, l'examen de la capacité de travail résiduelle de l'assuré et la comparaison des revenus doit être effectuée en 2011, soit à la date de la décision de révision, et non pas en 2006 lors du début de la procédure de révision, quels que soient les motifs de la durée de celle-ci. Ainsi, lors de la décision de septembre 2011, l'assuré est âgé de 60 ans et demi. Il a seulement suivi l'école élémentaire en Espagne et n'a aucune autre formation. Il a travaillé durant 30 ans en qualité de sommelier - serveur dans l'hôtellerie et la restauration, de 17-18 ans à 47 ans, il n'a jamais exercé aucun autre métier et il est inactif depuis 13 ans. Ainsi, seul un emploi n'exigeant aucune connaissance théorique est envisageable. Même dans le cadre d'un emploi ne nécessitant pas de formation, la capacité d'adaptation de l'assuré à un emploi inconnu est, compte tenu de sa longue et unique expérience de serveur, extrêmement faible. Ses limitations fonctionnelles sont nombreuses selon

l'expertise du CEMED complétée par l'avis du SMR. Il s'agit d'abord de limitations compatibles avec un travail léger à l'établi : aucun travail physique lourd, fréquents changements de position, pas de port de charge de plus de 15kg, pas de travail à genou et/ou en position accroupie, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation du tronc et pas de travail avec un contact avec la clientèle. Toutefois et de plus, l'assuré boite en raison de l'atrophie du membre inférieur droit, il doit pouvoir procéder à des auto-sondages réguliers de sa vessie durant son travail et il doit porter des protections en raison d'incontinence de selles. Ces limitations sont particulièrement gênantes, tant objectivement dans le cadre de tout emploi manuel sédentaire (nécessité de s'asseoir malgré l'incontinence de selles, interruptions de la cadence pour les sondages, etc.) que subjectivement (gêne vis-à-vis des collègues d'atelier, qui pourraient de plus être incommodés par les odeurs) et elles impliquent de l'avis de tous les médecins, y compris des experts du CEMED, une grande appréhension de l'assuré face à tout employeur. Ces éléments qui découlent de son invalidité limitent certainement encore plus sa capacité à être engagé. A cela s'ajoute qu'il n'a qu'une capacité de travail de 50%, peu usuelle pour un homme dans un domaine non qualifié et par définition manuel. L'ensemble de ces circonstances amène la Cour à retenir au degré de la vraisemblance prépondérante qu'aucun employeur potentiel ne consentirait objectivement à engager l'assuré, fin 2011, de sorte qu'il n'est pas réaliste de penser que cet assuré serait en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail, et ce, même en l'absence d'une dépendance à l'alcool et d'une incarcération suite à des incendies volontaires. Ainsi et malgré l'amélioration de l'état de santé psychique de l'assuré, son degré d'invalidité n'a pas notablement changé et il reste supérieur à 70%, comme l'avait retenu l'OAI lors de la décision de 2003, de sorte que la décision de réduction de la rente à une demi rente dès le 1^{er} décembre 2011 est mal fondée pour ce motif.

En dernier lieu, il sera relevé que l'assuré a été condamné en février 2012 à une peine privative de liberté de 24 mois, sous déduction des 264 jours déjà effectués, de sorte que, d'une part, le versement de la rente a vraisemblablement été suspendu et que, d'autre part, c'est en avril 2013 seulement que l'assuré aurait été confronté à une reprise du travail, soit à l'âge de 62 ans, ce qui conforte le caractère irréaliste de son employabilité.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 26 septembre 2011 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. 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 200 fr.

**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 26 septembre 2011.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
4. Le condamne à verser une indemnité de procédure de 2'500 fr. 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