

GE_GERICHTE A/773/2013 vom 1. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_773_2013

FR: GE_GERICHTE A/773/2013 du 1 avril 2014

IT: GE_GERICHTE A/773/2013 del 1 aprile 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur O _____, domicilié à THÔNEX recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Monsieur O _____ (ci-après l'assuré ou le recourant), d'origine Kurde irakienne, est né en 1955 en Turquie. Il est marié depuis 1975 et est le père de quatre enfants, nés en 1979, 1981, 1983 et 1985. Il a suivi l'école primaire et deux ans d'école secondaire puis a travaillé aux champs avant son arrivée en Suisse en 1988. L'assuré y a travaillé comme manœuvre auprès de diverses entreprises de 1988 à 1990 puis, après quelques mois de chômage, comme employé de cuisine, puis magasinier (décharge des marchandises, impliquant des ports de charge allant jusqu'à 50kg) pour le restaurant X _____. Il a été incapable de travailler du 12 au 21 février et du 7 au 27 juin 2000, du 19 juin au 3 août 2001 puis à 50% jusqu'au 6 septembre 2001 et, enfin, à 100% du 2 avril au 30 juin 2002 et depuis le 15 août 2002. L'assuré a déposé une demande de prestations d'invalidité le 10 juin 2003, en raison de "douleurs aux dos et d'une maladie de l'estomac". Selon les renseignements médicaux recueillis, l'assuré souffrait d'une gastrite chronique avec ulcère et hernie hiatale ainsi que de lombalgies persistantes (canal lombaire de calibre limite en L2-L3, pas de hernie discale, discrète arthrose postérieure de L5-S1). Il était capable de travailler à 50% dans son activité habituelle, qui n'était pas adaptée en raison des efforts et ports de charge. Il devrait disposer d'une pleine capacité dans une activité adaptée selon le SMR. Une orientation professionnelle pour déterminer les possibilités de réinsertion professionnelle a donc été ordonnée le 15 septembre 2003 par l'Office de l'assurance invalidité (l'OAI), selon lequel une activité dans l'industrie légère était possible. L'assuré a été victime d'un accident de la circulation le 12 octobre 2003 et a subi une fracture de la clavicule, ainsi qu'une contusion crânienne. Hospitalisé en urgence à l'Hôpital de Berne, il a été transféré aux HUG à Genève le 13 octobre. Il a ressenti des douleurs costales et dorsales quelques jours. Si l'hospitalisation s'est prolongée jusqu'au 19 octobre 2003, c'est en raison du fait que son épouse se trouvait toujours à l'Hôpital et qu'il aurait été seul à domicile. Suite à l'accident, l'assuré a développé un état dépressif et des douleurs cervicales. L'assuré a été licencié avec effet au 16 avril 2004. Selon les renseignements médicaux recueillis, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif important, d'un status post accident de voiture avec TCC, et d'un marasme social. Il devait assister son épouse pour tous actes de la vie quotidienne à domicile (rapport du Dr A _____, médecin traitant, du 28 octobre 2004). Il était suivi par un psychiatre depuis novembre 2004 pour un trouble dépressif majeur isolé ayant débuté le 12 octobre 2003 (F 32x [296.2x]). Les symptômes et les signes du trouble étaient ceux d'un état dépressif post-traumatique, son épouse ayant été gravement atteinte lors de l'accident de la circulation. Il avait aussi subi un traumatisme

cranio-cérébral (rapport du Dr. B _____, psychiatre, du 21 février 2005). Il était fortement ralenti et très touché par la situation, l'évaluation neuropsychologique du 10 décembre 2004 montrant des résultats déficitaires au niveau mnésique, attentionnel et au niveau des fonctions exécutives, ainsi que d'importantes difficultés au niveau des capacités visuo-constructives, du langage, du calcul écrit, de la parole et du graphisme. L'atteinte cérébrale n'avait pas été majeure, car le patient était orienté lors de l'hospitalisation après l'accident et aucun bilan neurologique n'avait été effectué. Le tableau d'atteinte modérée à sévère pouvait s'expliquer en partie par l'état dépressif, par le bas niveau socio-culturel et la faible maîtrise du français, ces deux derniers éléments étant un frein aux tests effectués, et on ne pouvait exclure que certains troubles cognitifs résultent de la présence d'un TCC, diagnostique qui restait toutefois flou et qui n'avait été mentionné qu'une seule fois par le Dr A _____ (rapport d'évaluation neuropsychologique du 10 décembre 2004 de Madame P _____, psychologue, visé par le Dr C _____, neurologue). 8. Sur ce, le SMR a estimé le 8 mars 2005 que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité, en raison des troubles neuropsychologiques importants avec état dépressif, alors qu'avant l'accident, il disposait d'une pleine capacité de travail dans un poste adapté. Il convenait de procéder à une révision dans deux ans. 9. L'OAI a procédé à un examen du taux d'invalidité le 17 mai 2005, mais sur la base de la situation avant l'accident. Le salaire avec invalidité est fondé sur ESS 2001, TA1, homme, niveau 4, pour 41,7 heures de travail, réévalué à 2003, avec un abattement de 15% en raison de l'activité légère seule possible et du permis, soit 49'082 fr. Le salaire sans invalidité est celui ressortant des données de l'employeur soit 48'100 fr. (3'700 fr. par mois). Le taux d'invalidité était nul. 10. Par décision du 9 septembre 2005, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2004, motivée ainsi : avant l'accident, l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, sans perte de gain, mais depuis lors, il était totalement incapable de travailler. 11. Lors de la révision entreprise en avril 2007, le Dr A _____, médecin traitant, a attesté que l'état de santé était resté stationnaire, sans changement quant aux douleurs cervicales, le patient prenant régulièrement ses médicaments, dont du Citalopram®. 12. Par communication du 3 mai 2007, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité était resté de 100%, de sorte qu'il continuait de bénéficier de la même rente. 13. Lors de la révision entreprise en octobre 2010, le Dr. A _____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire et a confirmé la médication prescrite, dont le Citalopram®. 14. Par pli du 13 décembre 2010 et rappel du 10 janvier 2011, l'assuré a été invité à communiquer à l'OAI le nom et l'adresse de son médecin psychiatre et il a répondu, le 18 janvier 2011, qu'il s'agissait du Dr. B _____. Celui-ci a attesté, le 9 février 2011, qu'après avoir vu ce patient dix ans auparavant, il était revenu le consulter le 13 janvier 2011. La première impression du médecin était qu'il n'y avait pas de changement dans la capacité de travail. Il a précisé ensuite, fin février 2011, que le traitement consistait en des entretiens de nature psychothérapeutique sans beaucoup d'espoir quant à un succès ou une guérison. 15. Sur ce, le SMR estimant le 11 avril 2011 que la rente avait été accordée d'abord pour des lombalgies persistantes post-accident de circulation puis en raison de troubles neuropsychologiques importants avec un état dépressif, il convenait de déterminer l'évolution du patient, du point de vue somatique et psychiatrique, par une expertise bi-disciplinaire pour laquelle ont été mandatés les Drs D _____, rhumatologue et E _____, psychiatre. 16. Selon le rapport d'expertise du 13 septembre 2011 du Dr D _____, l'assuré souffrait de cervico-lombalgies

chroniques et de troubles dégénératifs du rachis. Dans l'activité habituelle, la capacité de travail était de 50% et dans une activité légère, excluant le port de charge de plus de 15kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte à faux et autorisant l'alternance des positions assise et debout chaque heure, la capacité de travail de l'assuré était entière, sans diminution de rendement. Malgré la poursuite des mesures conservatrices (antalgiques, anti-inflammatoires et séances de physiothérapie) la symptomatologie était restée stationnaire, bien que fluctuante. [endif]>![if> 17. Selon le rapport d'expertise du 26 septembre 2011 de la Dresse E_____, les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient un status après accident de circulation et un status après notion d'un état dépressif, actuellement en rémission sous traitement (F33.4) et, sans répercussion sur la capacité de travail, des difficultés liées à l'acculturation (Z60.3). Lors de l'examen, aucun signe dépressif n'était mis en évidence. Quant aux fonctions cognitives, une appréciation neuropsychologique non spécialisée permettait de reconnaître qu'il s'agissait d'un homme orienté, qui s'exprimait en turc dans un langage riche et de bonne qualité selon l'interprète et dont les compétences mnésiques finissaient par être bonnes, avec quelques oublis durant l'examen. Au vu de ces constatations et en l'absence d'atteinte cérébrale liée à l'accident du 12 octobre 2003 et en l'absence d'un coma prolongé, l'examen permettait d'attester que l'assuré avait les capacités neuropsychologiques pour exercer une activité professionnelle comparable à celle exercée précédemment, soit une activité non qualifiée, ne nécessitant pas la maîtrise de la langue française et adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques, à plein temps. Toutefois, l'assuré étant inactif depuis mars 2002, une réinsertion progressive permettrait un reconditionnement et une exigibilité à terme de 100% sur le plan psychiatrique. Selon un entretien téléphonique avec le psychiatre traitant, l'état de santé psychiatrique du patient n'était pas préoccupant et il adhérait à la proposition de mesures de réinsertion progressive. Sans en faire mention dans l'anamnèse ou l'appréciation du cas, l'experte indiquait, s'agissant de l'évolution du degré de l'incapacité de travail, que, compte tenu de l'amélioration de l'état de santé psychiatrique objectivé à l'examen du jour, alors que l'intéressé reconnaissait avoir été actif dans des travaux agricoles en tout cas depuis 3 mois, ce qui était compatible avec l'épaisseur des paumes de ses mains et avec son bon conditionnement musculaire global, il y avait lieu de reconnaître que l'amélioration datait en tout cas de juin 2011.![endif]>![if> 18. Il ressort des procès-verbaux d'entretien dans le cadre de la réadaptation professionnelle que l'assuré avait envie de travailler, mais ne savait pas ce dont il était capable. Il ne savait pas gérer son stress, était angoissé par la peur d'un échec, du changement et n'avait pas confiance en lui. L'évocation d'une tentative de reprise d'activité inquiétait l'assuré, qui devait assister sa femme, atteinte dans sa santé physique, avec des difficultés de mobilité. Il restait d'ailleurs tout le temps avec sa femme car ils s'assistaient mutuellement, celle-ci étant en meilleure santé psychique (entretien du 2 décembre 2011). Lors d'un entretien téléphonique avec la fille de l'assuré, il s'avérait que ce dernier souffrait de problèmes d'estomac depuis 3 mois et devait subir une petite intervention chirurgicale, de sorte que la discussion en famille au sujet d'une reprise professionnelle n'avait pas encore eu lieu (note du 1^{er} mars 2012), le Dr. A_____ attestant le 11 mai 2012 que l'état de santé de l'assuré n'était pas compatible avec une reprise du travail ou une formation, de sorte que des mesures professionnelles n'étaient plus indiquées en raison de l'état de santé de l'assuré (rapport de fin d'examen de réadaptation professionnelle du 4 juin 2012).![endif]>![if> 19. Selon les renseignements médicaux recueillis, l'état de santé de l'assuré s'est aggravé, il souffrait de douleurs dorsales persistantes et de douleurs abdominales, une coloscopie montrant une zone inflammatoire

de 35cm (rapport du Dr. A_____ du 19 juin 2012). A la question de savoir quels étaient les limitations fonctionnelles, le médecin a indiqué que l'assuré ne travaillait plus depuis près de dix ans et, s'agissant de savoir si une reprise de travail était envisageable ultérieurement, il a indiqué que l'assuré se sentait incapable de travailler. Sur ce, le SMR a indiqué que le Dr. A_____ ne mentionnait pas de changement de diagnostic depuis le dernier avis du SMR du 20 octobre 2011 et que les précédentes conclusions restaient valables (rapport du SMR du 7 août 2012).! [endif]>! [if> Le dossier a donc été renvoyé au service de réadaptation. Selon son rapport final du 1^{er} octobre 2012, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles ne permettaient vraisemblablement pas la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de l'assuré, pour des raisons qui ne relevaient pas de l'OAI, l'assuré ayant expliqué qu'il n'était pas disponible pour une reprise d'activité en raison de son rythme de vie actuel, et de l'assistance mutuelle permanente avec son épouse, lorsqu'il lui avait été proposé de reprendre une activité progressivement par le biais d'un stage de réentraînement au travail en institution. 20. Le taux d'invalidité a été déterminé à 14,7%. Le salaire avec invalidité a été fondé sur ESS 2010, TA1, homme, total, niveau 4, pour 41.6 heures de travail, réévalué à 2011, de 61'746 fr. et, après abattement de 25%, de 46'309 fr. Le salaire sans invalidité, selon les indications reçues de l'employeur serait de 54'275 fr. en 2011 (4'175 fr. x 13), conformément au courriel de X_____ du 1^{er} octobre 2012.! [endif]>! [if> 21. Par projet du 7 décembre 2012, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le 2^{ème} mois qui suivait la notification de la décision, projet confirmé par décision du 4 février 2013, au motif que l'assuré dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le mois de juin 2011.! [endif]>! [if> 22. Par acte du 4 février 2013, le fils de l'assuré a formé recours contre la décision. Selon le Dr. B_____, il n'était pas question d'envisager une reprise d'activité, en raison de l'état psychologique de l'assuré, qui ne s'était pas amélioré, mais dégradé depuis l'accident de 2003. Toute la famille constatait que l'assuré se trouvait dans un état dépressif aigu, qu'il avait de la peine à garder son calme, et tendance à s'énerver.! [endif]>! [if> L'assuré a produit une attestation du Dr. B_____ du 1^{er} mars 2013. Son confrère, le Dr. A_____, l'avait informé de ce que l'on ne pouvait pas retenir d'invalidité somatique, rhumatismale notamment. Il connaissait la situation de l'assuré en tant qu'ethnopsychiatre et estimait que, suite à l'accident de la circulation de l'automne 2003, lors duquel l'épouse de l'assuré était restée sérieusement handicapée, son patient souffrait d'autres troubles dépressifs – sans précision (F32.8) et d'un trouble dépressif récurrent sans précision (F33.8). Les possibilités d'activité qui existaient sur le plan psychique devaient être adaptées, en tenant compte des limitations dues à l'état dépressif, et aux composantes migratoires, cet état s'étant aggravé depuis l'accident et l'atteinte à la santé de l'épouse de l'assuré. Depuis lors, l'état de santé était stationnaire et ne montrait aucune amélioration, l'assuré ayant toujours besoin d'être suivi en psychothérapie. 23. Par préavis du 2 avril 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'assuré n'apportant aucun élément objectif de nature à remettre en question les conclusions des expertises rhumatologiques et psychiatriques. Tant l'expert psychiatre que le psychiatre traitant retenaient que les limitations fonctionnelles étaient en lien avec des difficultés d'acculturation.! [endif]>! [if> 24. Invité à consulter les pièces et à déposer des observations, l'assuré a confirmé que son état de santé n'avait pas connu d'amélioration, la dépression persistant. Son fils précisait que, lors d'un entretien unique, il était difficile pour les experts d'appréhender précisément les problèmes concernant son père. Celui-ci essayait de se faire "bien voir" mais son état n'était pas bon. Il était pensif et son état était changeant. Lors de l'accident de la circulation de 2003, son père avait été jugé fautif et sa mère s'était

retrouvée paraplégique, sans pardonner l'accident à son époux, ce qui avait causé cet état dépressif. De plus, après une aussi longue période d'inactivité, son père ne retrouverait pas le chemin d'une vie normale, ce d'autant que son épouse avait besoin de sa présence au quotidien.![endif]>![if> 25. Par pli du 8 mai 2013, le Dr B _____, psychiatre, a répondu aux questions de la Chambre de céans. Il n'était pas en mesure de communiquer les dates précises des consultations de l'assuré. Il y avait eu deux périodes 2004-2005 et 2011-2013. En 2004-2005, il avait retenu les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral après un accident de la route, le patient et son épouse ayant été blessés, cette dernière plus gravement et d'état dépressif sévère, en relation directe avec l'accident, les troubles de la mémoire ayant impliqué l'arrêt de la vie active. L'état dépressif était de gravité sévère lors des premières consultations et il avait toujours évoqué des composantes culturelles qui compliquaient une telle appréciation. S'agissant du détail des plaintes subjectives, le psychiatre renvoyait au rapport neuropsychologique du 10 décembre 2004. On y constatait que l'état dépressif était multi dimensionnel, les éléments de langue, d'éducation et d'autres paramètres influençant l'évaluation objective. L'assuré l'avait consulté à nouveau en janvier 2011 car il lui avait été adressé par le Dr A _____, généraliste. Selon le Dr A _____ il n'y avait pas de changement dans les diagnostics en 2011-2012, ni dans la capacité de travail. Il était d'accord avec l'appréciation du Dr A _____ et y ajoutait des éléments relatifs à l'évaluation ethno psychiatrique et se référait à son rapport du 1 er mars 2013. S'agissant des plaintes subjectives et des constatations objectives en 2011-2012, il précisait qu'il n'avait vu l'assuré que quelques fois pour constater un état dépressif moyen et stationnaire. Il n'avait pas prescrit de médicaments à l'assuré en 2004 et 2005, insistant sur le travail psychothérapeutique, ni en 2011-2012, car il s'agissait de consultations sporadiques. Il n'avait pas demandé une nouvelle évaluation neuropsychologique.![endif]>![if> A la demande la Cour, le Dr B _____ a précisé qu'il avait vu l'assuré les 13 janvier, 21 janvier, 2 février, 9 février, 11 mai et 27 septembre 2011, 11 avril 2012 et 24 avril 2013. 26. Le Dr A _____ a répondu le 8 juillet 2013 aux questions de la Cour. L'état psychique de l'assuré ne s'était pas amélioré, il persistait un état dépressivo-anxieux depuis son accident avec des sentiments d'incapacité physique et psychique, de dévalorisation, de souffrance par rapport à sa propre situation ainsi que celle de sa famille, son épouse étant handicapée. Les plaintes sur le plan somatique restaient les mêmes, avec des douleurs diffuses systématisées au niveau du rachis. L'assuré se déplaçait difficilement avec une démarche hésitante et, à la palpation, on retrouvait les points douloureux. La situation était inchangée depuis 2004, malgré les traitements inflammatoires réguliers et de Citalopram® pour la dépression ainsi qu'un traitement de protection de l'estomac et contre la constipation. Il pensait que son patient prenait régulièrement ses médicaments puisqu'il demandait une nouvelle ordonnance lorsqu'il n'en n'avait plus. Face à la souffrance psychologique, il lui a demandé à plusieurs reprises d'avoir un suivi régulier chez son médecin psychiatre, le Dr B _____. Il estime que la situation n'a pas évolué favorablement depuis 2004-2005.![endif]>![if> 27. La Chambre de céans a chargé Mme P _____, docteur en psychologie et psychologue spécialiste en neuropsychologie, de procéder à une nouvelle évaluation neuropsychologique, en prenant la peine de la faire dans les mêmes conditions que celle en 2004, à savoir sans interprète. Cela n'a pas été possible, car le niveau de français de l'assuré était encore moins bon qu'en 2004, de sorte que l'entretien s'est déroulé en présence d'un interprète.![endif]>![if> Selon le rapport du 7 novembre 2013, l'évaluation neuropsychologique montrait des résultats sévèrement déficitaires dans tous les domaines cognitifs investigués : au niveau mnésique, attentionnel,

des fonctions exécutives, ainsi qu'au niveau du langage et des praxies gestuelles. Le tableau évoquait une atteinte cognitive très sévère. Comparativement à l'évaluation de 2004, déjà fortement altérée, on constatait une aggravation générale des capacités cognitives, aggravation d'autant plus marquée que cette fois-ci, l'évaluation avait été conduite dans la langue maternelle de l'assuré, contrairement à 2004. Comme en 2004, l'étiologie de l'état restait multiple (atteinte thymique, séquelles du TCC, bas niveau socio-éducatif, exagération des troubles). L'aggravation pouvait s'expliquer par une intensification et une fragilisation plus marquée de l'état psychique du patient et aussi par la perte d'espoir. Toutefois, un test de surcharge cognitive (exagération des troubles) montrait clairement que l'assuré avait choisi délibérément la mauvaise réponse et cela très probablement de façon inconsciente, en raison du désespoir de vivre une telle souffrance, sans que personne ne puisse trouver un remède à son mal, depuis si longtemps. En 10 ans, son état, ses demandes et ses problèmes n'avaient pas évolué. Il arrivait que des personnes de bas niveau socio-éducatif ne possèdent pas les ressources suffisantes pour travailler et élaborer l'évènement traumatique, même avec l'aide d'un professionnel. Compte tenu de la cristallisation de l'état de l'assuré, le pronostic était extrêmement défavorable. L'assuré avait mentionné des tentatives de suicide. Il semblait que le traitement médicamenteux était mal suivi, car l'assuré oubliait de prendre ses médicaments ou les prenait plusieurs fois. A l'issue de la séance, l'assuré avait demandé à la psychologue de lui donner un médicament pour le guérir, à défaut de quoi il ne voulait pas continuer à vivre. S'agissant des plaintes du patient, il relatait d'importantes difficultés de mémoire, se plaignait d'un moral qui était mauvais. Il lui arrivait de se perdre lorsqu'il était seul. 28. Par pli du 9 décembre 2013, l'OAI a persisté dans ses conclusions. L'évaluation neuropsychologique montrait une exagération des troubles, qui ne permettaient pas de retenir la sévérité de l'atteinte neuropsychologique, selon l'avis du SMR du 18 novembre 2013. Au surplus, il convenait de se fonder sur les conclusions de l'expertise psychiatrique de la Dresse E_____.[endif]>![if> 29. L'assuré ne s'est pas déterminé et la cause a été gardée à juger le 11 décembre 2013.[endif]>![if> 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).[endif]>![if> 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.[endif]>![if> 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. [endif]>![if> 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 1er 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 révision de la rente d'invalidité de l'assuré, singulièrement sur l'amélioration de son état de santé.

6. 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).

b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

c) 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).

7. 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) 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). 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).

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; 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).

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) éditée 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).

9. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b).

b) 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 1er 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). c) 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. 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. 10. a) En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. ![endif]>![if> b) Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (ATF non publié 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus

approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2, U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2, I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). c) Une nouvelle appréciation des faits après un examen plus complet et approfondi de la situation médicale effectuée dans le cadre d'une révision ne permet pas une reconsidération, car même s'il apparaît ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque peut sembler aujourd'hui critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement insoutenable au regard de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt n. p. du 27 novembre 2012, 9C_709/2012). 11. En l'espèce, il convient de comparer la situation lors de l'octroi de la rente entière par décision du 9 septembre 2005 avec celle prévalant lors de la décision du 4 février 2013. Après le dépôt de la demande initiale en juin 2003, il a été établi que les troubles somatiques de l'assuré impliquaient une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, limitée en raison des efforts importants et des ports de charge, mais que l'assuré disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, par exemple dans l'industrie légère. L'accident n'avait pas eu de conséquences importantes durables du point de vue somatique. Ainsi, l'OAI retenait déjà en 2005 que l'état de santé somatique de l'assuré n'impliquait aucune incapacité de travail dans une activité adaptée et aucune perte de gain. Contrairement à ce que soutenait le SMR en avril 2011, la rente n'a pas du tout été accordée en raison des troubles somatiques, le taux d'invalidité étant nul, sans tenir compte des conséquences neuro-psychiques de l'accident. En 2013, l'assuré a conservé une pleine capacité dans une activité adaptée, du point de vue somatique. Il n'y a eu ni péjoration, ni amélioration de sa capacité de travail sous réserve de la nécessité d'un réentraînement à l'effort après plus de 10 ans d'inactivité. Du point de vue psychique, le SMR disposait en 2005 des rapports de l'hôpital, des Drs A _____ et B _____, et de l'évaluation neuropsychologique de Madame P _____. Aucun TCC n'avait été diagnostiqué par l'Hôpital et seul le Dr A _____ avait évoqué cette hypothèse, reprise par le Dr B _____. Les deux médecins faisaient état d'un trouble dépressif, dont la sévérité n'a jamais été précisée (sauf durant les premières séances de suivi), un trouble majeur n'étant pas déterminant quant à la sévérité et le détail des symptômes permettant de déterminer le degré de la dépression n'ayant alors pas été mentionné. Par contre, les médecins ont souligné le marasme social de l'assuré et sa nécessité d'assister son épouse, gravement atteinte lors de l'accident. Le suivi psychiatrique a été limité à quelques séances en octobre 2004 et 2005, puis le Dr A _____ a poursuivi le traitement médicamenteux. C'est ainsi essentiellement en raison des troubles neuropsychologiques importants que le SMR a jugé que l'assuré était totalement incapable de travailler dans toute activité. L'examen neuropsychologique de 2004 relevait des résultats déficitaires au niveau mnésique, attentionnel et au niveau des fonctions exécutives, ainsi que d'importantes difficultés au niveau des capacités visuo-constructives, du langage, du calcul écrit, de la parole et du graphisme, en précisant que ces résultats pouvaient s'expliquer en partie par l'état dépressif, par le bas niveau socio-culturel et la faible maîtrise

du français, et peut-être aussi par un TCC non prouvé. En 2011, l'expertise de la Dresse E_____ est fondée sur un examen de l'assuré, tient compte de ses plaintes et de la description du déroulement de ses journées quotidiennes. Les diagnostics retenus et les conclusions de l'expertise sont convaincants, notamment s'agissant de l'appréciation de la gravité de l'état dépressif de l'assuré, qui n'implique en tout cas pas une totale incapacité de travail dans toute activité, la question de savoir si l'assuré est pleinement ou seulement partiellement capable de travailler pouvant rester ouverte au vu de ce qui suit. En effet, l'expert n'examine pas sérieusement si l'état de santé s'est objectivement amélioré depuis la décision initiale de septembre 2005 et il est vraisemblable qu'elle aurait fait la même appréciation de la capacité de travail de l'assuré en 2004-2005 qu'en 2011. Au surplus, elle conclut à l'absence de troubles neuropsychologiques sans avoir procédé à un examen et, sur ce point, l'expertise n'est pas probante. Il ressort des avis des deux médecins de l'assuré lors de la révision que l'état de ce dernier ne s'est pas amélioré. Le Dr A_____, médecin traitant régulier de l'assuré, donne un avis éclairé sur la question et précise que son patient a toujours et régulièrement été traité par Citalopram® depuis 2005, sans amélioration sur son état anxio-dépressif. Il l'a régulièrement invité à reprendre un suivi psychiatrique mais sans succès. L'avis du Dr B_____ n'est quant à lui pas probant, il comporte des contradictions et est peu motivé. Il a revu l'assuré le 13 janvier 2011, c'est-à-dire après que l'OAI a sommé ce dernier de lui communiquer le nom de son médecin psychiatre. Il estime tantôt que son patient présente un état dépressif "sans précision", tantôt sévère, ce qui semble peu compatible avec la description de sa vie quotidienne et l'absence de tout suivi psychiatrique entre 2005 et 2011. Au surplus, cet ethnopsychiatre estime que l'incapacité de travail de l'assuré est tout autant due à des facteurs socioculturels et migratoires que médicaux. Il en allait d'ailleurs de même en 2005. Du point de vue neuropsychologique, il est établi que les capacités cognitives de l'assuré ne se sont ni améliorées, ni péjorées. En 2004, les résultats sévèrement déficitaires étaient corrélés aux capacités limitées de l'assuré, à son état dépressif et très peu vraisemblablement à un TCC et ils étaient influencés par l'absence de traducteur. En 2013, malgré une exagération des troubles clairement identifiée lors de l'examen, les résultats objectivés sont très sévèrement déficitaires, l'assuré présentant des troubles cognitifs majeurs et aggravés par rapport à 2004. Ainsi, on peut raisonnablement retenir que, sans la part d'exagération, les résultats seraient similaires à ceux de 2004, sans amélioration ni aggravation, compte tenu du fait que cette fois-ci l'examen a eu lieu avec un traducteur. Il s'avère ainsi que l'état de santé de l'assuré ne s'est pas aggravé ni amélioré de façon notable, voire pas du tout, entre 2005 et 2013. Cela démontre bien que les médecins de l'assuré et le SMR, en se fondant sur l'avis de la Dresse E_____ apprécient différemment la capacité de travail de l'assuré sur la base d'un état de santé identique. En d'autres termes, les médecins de l'assuré et l'experte ont fait une appréciation différente d'une situation médicale comparable du point de vue objectif s'agissant de la détermination de la capacité de travail de l'assuré. Comme déjà relevé, il est fort vraisemblable que si la Dresse E_____ aurait eu à apprécier la capacité de travail de l'assuré en 2005, elle aurait fait la même appréciation qu'en 2011. A défaut d'amélioration notable de l'état de santé de l'assuré ou d'autres éléments influençant le taux d'invalidité, il n'y a pas matière à révision. La décision de suppression de la rente du 4 février 2013 est donc mal fondée. 12. A juste titre, l'OAI ne prétend pas que la décision de supprimer la rente serait fondée sur une reconsidération, tant il est vrai que la décision initiale d'octroi d'une rente entière a été basée sur un examen par le SMR de l'ensemble des rapports médicaux et qu'aucune comparaison des revenus n'était nécessaire puisque le SMR

retenait une totale incapacité de travail dans toute activité. La décision initiale n'est donc pas le fruit d'une appréciation manifestement inexacte. Même s'il peut apparaître ultérieurement que l'instruction ou l'appréciation médicale faite à l'époque, retenant une totale incapacité de travail, pourrait sembler aujourd'hui critiquable, cela ne permet pas pour autant de reconsidérer la décision initiale d'octroi d'une rente entière, selon la jurisprudence. Par ailleurs, l'OAI ne prétend pas justifier la révision par la reprise d'une activité lucrative, la décision étant uniquement motivée par l'amélioration de l'état de santé de l'assuré, et, partant, mal fondée. S'agissant des mains calleuses de l'assuré, elles s'expliquent par le jardinage relevé par la Dresse E _____, ce qui n'est donc pas une activité agricole lucrative, mais une occupation.!

13. Le recours, bien fondé, est admis et la décision du 4 février 2013 est annulée. Compte tenu des frais de la procédure, en particulier l'expertise neuropsychologique d'un coût de 1'490 fr., l'émolument, mis à la charge de l'intimé qui succombe, sera fixé à 1'000 fr.

14. Le recours est donc admis.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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