

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1664/2007

ATAS/698/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 11 juin 2008**

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié à VERSOIX, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourant

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_, de nationalité italienne, a effectué son école primaire pendant cinq ans en Italie avant d'émigrer en Allemagne pour y travailler comme ouvrier de chantier. En Suisse depuis 1984, l'intéressé a travaillé comme ouvrier de chantier puis, dès 1986, en qualité de magasinier auprès de X\_\_\_\_\_.
2. Le 15 octobre 1986, l'assuré a été victime d'un accident de travail ; en sortant de la marchandise d'un camion, il s'est coincé la tête entre le montant du camion et une navette électrique. Hospitalisé aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 16 au 23 octobre 1986, les médecins diagnostiquèrent une fracture du malaire gauche avec impaction de la branche frontale et zygomatique, ainsi qu'une ankylose coronoïde de l'articulation temporo-mandibulaire gauche. Il a été en incapacité de travail à 100% depuis cette date. L'assureur-accident a pris en charge le cas.
3. Le 12 février 1988, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI). Dans un rapport adressé à l'OCAI en date du 18 mai 1988, le Dr A\_\_\_\_\_, de l'unité de chirurgie maxillo-faciale des HUG, a posé les diagnostics de séquelles de traumatisme, à savoir fracas de l'os malaire gauche avec atteinte du nerf facial gauche et probable désafférentation du VII gauche. L'assuré a été en incapacité de travail de 100% du 16 octobre 1986 au 20 janvier 1987 et de 50% du 21 janvier 1987 au 8 mars 1987. Dans ce rapport, le médecin indiquait qu'à la consultation d'ophtalmologie du 15 décembre 1986, il a été constaté une baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche de 0.8 à 0.5 depuis le 12 novembre, non explicable. A la consultation de la douleur du 16 mars 1987, il a été constaté une suspicion de douleurs de type désafférentation au niveau de l'hémiface gauche sur une probable fracture de la pointe du rocher.
4. L'OCAI a mandaté le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecine du travail, pour expertise. Dans son rapport du 17 août 1988, l'expert a conclu que l'assuré souffre d'une douleur extrêmement tenace de l'hémiface et de l'hémicrâne gauche, pour lesquelles il a été vu à plusieurs reprises à la consultation de la douleur. La composante psychologique ne faisait aucun doute et il n'a pas été possible d'atténuer cette symptomatologie douloureuse, y compris par les psychiatres spécialisés dans le traitement de la douleur. Selon l'expert, il n'était pas possible pour l'assuré de travailler dans de telles conditions, raison pour laquelle il a proposé, en accord avec le Dr C\_\_\_\_\_, qu'on considère sa capacité de travail comme nulle.
5. Par décision du 23 juin 1989, l'OCAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 1987, pour un degré d'invalidité de 100%.

6. Le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport d'expertise à l'attention de l'assureur-accident en date du 21 mars 1990. Ce médecin relève que suite au traumatisme dont il fut victime, l'assuré a développé un syndrome douloureux persistant qui n'a pas pu être influencé par différents traitements pharmacologiques prenant en compte l'étiologie du déficit. L'indication à une thérapeutique chirurgicale a été abandonnée en raison d'une compliance insuffisante du patient et de la perception par différents examinateurs d'une composante psychogène. Les différentes tentatives de reprise de travail se sont soldées par des échecs. L'expert relève que l'accident a constitué pour le patient un traumatisme émotionnel qui, en raison de sa nature (atteinte crânienne avec angoisse de mort) a désorganisé durablement ses défenses psychiques. Du point de vue neurologique, l'expert a relevé une lésion partielle de la branche sus-orbitaire du VII gauche, une lésion partielle des rameaux VI et VII à gauche, une ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, des troubles sensitifs subjectifs à titre de douleur de désafférentation et un status après fracture du malaire gauche. Sur le plan psychique, il a mentionné un état dépressif réactionnel. L'incapacité de travail de l'assuré était de 100% dès le moment de l'accident jusqu'au jour de l'expertise et également de 100% pour l'avenir.
  
7. Dans le cadre d'une révision entamée par l'OCAI en 1991, le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport médical en date du 15 novembre 1991. Il a indiqué que l'état de santé de l'assuré était stationnaire, tout en rappelant les diagnostics de névralgies faciales gauches, post-traumatiques, status après ostéosynthèse d'une fracture de l'os malaire gauche le 20 octobre 1986, puis coronoidectomie gauche pour ankylose temporo-mandibulaire le 4 décembre 1986. Le patient se plaignait de céphalées à point de départ temporal gauche, exacerbées au moindre effort ou stimulus visuel et auditif. Au status, l'assuré présentait une hypoesthésie de la joue gauche, une ptose palpébrale gauche et une limitation de l'ouverture mandibulaire. Le médecin relevait que sur le plan psychique, l'assuré avait renoncé à tout projet et semblait résigné à une existence plus ou moins végétative.
  
8. A la demande de l'OCAI, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a effectué une expertise de l'assuré. Dans son rapport du 23 avril 1992, l'expert a diagnostiqué des séquelles douloureuses invalidantes d'un accident et relevé que l'incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1986 n'a pas changé. Dans ses conclusions, le Dr F \_\_\_\_\_ indiquait qu'en l'état, il paraissait difficile de proposer une alternative à la poursuite de la rente et que des mesures de reclassement seraient très certainement vouées à l'échec. Un pronostic quant au retour d'une capacité lucrative était mauvais, même à long terme.
  
9. Par communication du 13 mai 1992, l'OCAI a informé l'assuré que selon les renseignements recueillis dans le cadre de la révision, son droit à la rente entière d'invalidité était maintenu.

10. A la demande de l'assureur-accidents, le Dr D \_\_\_\_\_ a réévalué la situation de l'assuré. Dans son rapport du 24 juillet 1992, l'expert indiquait qu'il lui paraissait nécessaire que le patient puisse bénéficier d'un bilan psychologique d'orientation professionnelle, afin qu'un projet de réinsertion qui tienne compte de ses handicaps puisse lui être proposé. La tentative de réinsertion professionnelle devrait être assortie d'un soutien psycho-social qui pourrait lui offrir une possibilité de surmonter une situation dévalorisante, qui tend à se chroniciser. Les taux de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique étaient identiques à ceux formulés précédemment.
11. Dans un rapport du 7 décembre 1992, l'Office régional AI a noté, après avoir rencontré l'assuré, qu'un bilan d'orientation professionnel ne servirait à rien dans ce cas, qu'il avait plutôt l'impression d'un assuré qui ne se porte pas trop mal et pensait qu'il y avait une exagération importante, raison pour laquelle une expertise de type COPAI ou COMAI était souhaitable.
12. L'assuré a séjourné au COMAI du 6 au 9 juillet 1993. Dans son rapport d'expertise du 19 octobre 1993, le COMAI relève que l'examen neurologique est superposable à celui des observateurs précédents et met en évidence une douleur à la mobilisation de l'articulation temporo-mandibulaire gauche qui reste toutefois relativement bonne, une hypoesthésie tactile et douloureuse de tout l'hémi-face, hémi-crâne et hémi-cou gauches, une possible très discrète hyporéflexie cornéenne gauche, une fente palpébrale gauche éventuellement plus petite et une légère asymétrie de contraction labiale en défaveur de la gauche. Lors de la consultation de chirurgie maxillo-faciale, l'examen objectif ne permet pas de constater de lésion du massif facial ou de l'articulation temporo-maxillaire pour expliquer les plaintes du patient. Sur le plan psychiatrique, l'expert relève que l'accident et le traumatisme qui a précipité le patient dans un état de régression grave est présenté comme l'instrument d'une fatalité contre laquelle il n'y a rien à faire. Le COMAI a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux et état régressif grave chez une personnalité dépendante, un status après traumatisme facial avec fracture du malaire gauche avec impaction de la branche frontale et du zygomatique traitée par ostéosynthèse et réduction de l'os malaire gauche en octobre 1986, un status après coronoidectomie gauche en décembre 1986, des séquelles traumatiques sous forme d'une discrète limitation à l'ouverture de la bouche et d'une minime atteinte résiduelle du trijumeau gauche. Dans ses conclusions, le COMAI relève que les séquelles actuelles du traumatisme facial de 1986 sont relativement mineures et qu'elles ne sauraient expliquer l'importante symptomatologie douloureuse que présente l'assuré. L'examen psychiatrique a mis en évidence l'importante régression qui a suivi le traumatisme, qui a entraîné un réaménagement familial, où l'assuré vit de manière recluse chez ses beaux-parents dont il dépend entièrement. Le tableau clinique qu'il a présenté rappelle celui d'un état de stress post-traumatique avec, depuis six ans, une chronicisation de l'expression somatique du stress psychologique. L'importante régression actuelle amène les experts du

COMAI à conclure à une incapacité de travail complète. Plusieurs approches thérapeutiques ont déjà été tentées depuis 1986 sans succès. Une prise en charge psychiatrique, éventuellement dans le sens d'une thérapie de famille, vu l'aménagement actuel, devrait être encore une fois proposée à l'assuré, parallèlement à une tentative de réinsertion progressive dans le travail, d'abord sous forme d'un séjour en atelier protégé, ou d'un stage d'observation professionnel. Toutefois, le pronostic d'une telle réinsertion professionnelle dans une activité lucrative paraît extrêmement réservé en raison de la chronicisation des plaintes, de l'importante régression et de la constellation familiale.

13. Par prononcé complémentaire du 20 décembre 1993 (président et médecin), la rente entière d'invalidité entière a été maintenue.
14. En février 2005, l'OCAI a adressé à l'assuré un questionnaire pour la révision de la rente. L'assuré a mentionné que son état de santé était toujours le même et que son incapacité de travail était de 100%.
15. Dans son rapport adressé à l'OCAI en date du 22 mars 2005, le Dr E\_\_\_\_\_ mentionne comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des céphalées et algies faciales gauches post-traumatiques, existant depuis 1986. L'incapacité de travail est toujours de 100%, depuis 1986. Le médecin indique que l'état de santé est stationnaire et que les plaintes du patient n'ont pas changé depuis 10 ans; il se plaint de douleurs permanentes, exacerbées au moindre effort. Il relève que l'assuré a été victime d'un deuxième accident le 8 juin 1999 en Italie, où il a subi un hémithorax drainé chirurgicalement, une fracture du nez, de la clavicule gauche et un tassement de D-12, pris en charge en Italie et n'ayant pas entraîné de séquelles fonctionnelles majeures. L'examen clinique est sans changement depuis 1993, l'assuré paraît régressé, mais euthymique. L'obstacle linguistique et le caractère fruste du patient ne permettent pas d'apprécier clairement son degré de vulnérabilité.
16. L'OCAI a ordonné une expertise psychiatrique et a mandaté la Dresse G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 29 novembre 2006, la Dresse G\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail. En revanche, elle a posé le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, présents depuis fin 1986. Elle a relevé dans son appréciation du cas, que sur le plan psycho-pathologique, l'expertisé ne présente ni épisode dépressif, ni trouble anxieux, ni phobie spécifique, ni état de stress post-traumatique, ni psychose. La personnalité fruste ne correspond pas à un trouble de la personnalité selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement CIM-10 et n'est pas inductible d'un fonctionnement pathologique au quotidien. Aucune comorbidité psychiatrique n'est mise en évidence. Pour le surplus, l'expert relève une

discordance entre les plaintes de l'assuré et ce qui est objectivé. Elle comprend mal que l'assuré puisse vivre depuis plus de vingt ans avec des douleurs estimées de huit à dix sur dix, sans nécessiter d'autre traitement que des antalgiques et sans que cela ne se répercute sur son humeur. Elle a relevé cependant que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît des plus mauvais, l'assuré ne travaillant plus depuis vingt ans, s'exprimant mal en français, son épouse et son fils vivant en Italie, où il se rend régulièrement. Elle n'a relevé aucune limitation qualitative ou quantitative au plan psychique et mental. Sur le plan psychique, la capacité de travail est de 100%, dans l'activité de magasinier, sans diminution de rendement. L'incapacité de travail de 20% au moins était présente depuis l'accident, à savoir le 15 octobre 1986, puis elle a été de 100% tout au plus jusqu'à fin 1993. Depuis plusieurs années, sans qu'elle puisse préciser la date, l'expert estime que la capacité de travail est entière. Elle considère que l'évolution a été favorable, l'assuré ne consultant que ponctuellement son médecin généraliste, cessant tout suivi à la consultation de la douleur et ne prenant aucune médication psychotrope. Selon l'expert, l'état régressif indiqué dans l'expertise effectuée par le Dr H\_\_\_\_\_ du COMAI en octobre 1993 n'est plus objectivé.

17. Dans un avis du 9 janvier 2007, le SMR Suisse-romande retient que les pathologies ayant justifié la rente ne sont actuellement plus retrouvées et objectivées par la Dresse G\_\_\_\_\_ de sorte que l'assuré est capable de travailler normalement, à plein temps, dans son ancienne activité de magasinier.
18. Par décision du 6 mars 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'intéressé, au motif que selon l'expertise psychiatrique, son atteinte à la santé s'est améliorée et qu'il dispose d'une capacité de travail totale dans toute activité.
19. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, interjette recours en date du 25 avril 2007. Il conteste la suppression de la rente, au motif que les conditions de la révision ne sont pas remplies, dès lors que le rapport d'expertise établi par la Dresse G\_\_\_\_\_ ne fait pratiquement aucune différence dans les diagnostics d'atteinte à la santé, mais uniquement une différence dans l'appréciation. Il relève qu'il n'y a pas eu d'évolution par rapport à l'époque de la première révision et le rapport du COMAI du 9 octobre 1993, qui admettait une incapacité de travail complète. L'OCAI n'était pas en droit de procéder à la révision, mais seulement le cas échéant à une reconsidération pour le cas où la première décision était sans nul doute erronée. Il fait valoir d'autre part que tous les experts de l'époque avaient évoqué la possibilité d'une réinsertion professionnelle, que l'OCAI a renoncé à appliquer. Il se réfère à un rapport établi le 26 octobre 2007 par son médecin traitant, le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, aux termes duquel les plaintes du patient sont identiques à celles prévalant en 1993: l'intensité des douleurs n'a pas diminué au cours du temps et les problèmes de régression ainsi que le tableau décrit dans l'expertise de 1993 ne se sont pas améliorés. Pour le surplus, le patient souffre de douleurs de l'hémiface

gauche, dont les répercussions sur sa vie sont importantes et entravent sa capacité de travail. Ce médecin a joint en annexe un rapport établi le 25 octobre 2007 par le Dr J\_\_\_\_\_, médecin adjoint du Service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, aux termes duquel les douleurs de l'hémiface gauche sont consécutives au traumatisme et à une origine trijémiale pratiquement certaine. Selon le Dr I\_\_\_\_\_, le patient est en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée et probablement définitive, sous réserve de l'effet éventuel de traitements neurochirurgicaux sur les douleurs de l'hémiface gauche. Le recourant relève que, dans l'hypothèse où le Tribunal devait admettre que le versement de la rente en sa faveur était à l'origine manifestement erroné, il devrait encore examiner si la rente entière doit être supprimée, ou remplacée par une demi-rente, étant précisé que ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rente. Il soutient qu'il convient en l'espèce d'ordonner une nouvelle expertise afin de comparer les constatations faites à l'époque par le Dr D\_\_\_\_\_ avec celles qui seront mises en évidence au moment de l'expertise. Il conclut à l'admission du recours et à l'annulation de la décision de l'OCAI. Subsidiairement, il demande à ce qu'une nouvelle expertise neurologique soit mise en œuvre, à confier au Dr Jean-Claude D\_\_\_\_\_.

20. Dans sa réponse du 5 juin 2007, l'OCAI rappelle qu'il s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr B\_\_\_\_\_ pour admettre une atteinte à la santé invalidante et retenir une totale incapacité de travail. Ce faisant, il avait admis l'existence d'une atteinte à la santé invalidante sur la base d'une instruction lacunaire, sans qu'une évaluation médicale de la capacité de travail du recourant n'ait été établie à satisfaction de droit. Dès lors, selon l'OCAI, la décision initiale d'octroi d'une rente entière était manifestement erronée de sorte qu'elle peut faire l'objet d'une reconsidération. Pour le surplus, l'OCAI relève que selon l'expertise effectuée par la Dresse G\_\_\_\_\_, aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail n'est retenu du point de vue psychiatrique, si ce n'est celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. L'OCAI conclut au rejet du recours, par substitution de motif, dans le sens où la rente est supprimée parce que la décision initiale de rente était manifestement erronée, dès lors qu'aucune incapacité de travail n'aurait dû être retenue.
21. Par courrier du 6 juillet 2007, Me Mauro POGGIA s'est constitué pour la défense des intérêts du recourant. Il a informé le Tribunal qu'une expertise médicale extrêmement fouillée était actuellement en cours et qu'il convenait dès lors de surseoir à statuer.
22. Dans le délai imparti par le Tribunal de céans, le recourant a déposé des écritures complémentaires en date du 16 août 2007. Il conteste l'argumentation de l'OCAI, à savoir que la première décision d'octroi de rente était manifestement erronée. Il conteste par ailleurs la valeur probante de l'expertise de la Dresse G\_\_\_\_\_, car elle s'est forgée une opinion péremptoire sur sa capacité de travail en dialoguant

avec lui durant quarante-cinq minutes. Le recourant explique qu'il s'est adressé à plusieurs médecins spécialistes en Italie, ce qui a permis de surmonter l'obstacle de la langue et a déposé à la procédure un rapport détaillé établi le 23 juillet 2007 par la Dresse K\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine légale et médecine des assurances. Ce médecin a expliqué que l'assuré s'est soumis le 12 mai 2007 à une visite neurologique auprès du cabinet médical de la Dresse L\_\_\_\_\_, spécialiste en maladies nerveuses et mentales et en neurochirurgie. L'examen neurologique a mis en évidence une hypoesthésie superficielle du territoire de la première et de la seconde branche du cinquième nerf crânien gauche, une limitation des mouvements d'ouverture de la bouche par ankylose de l'articulation temporo-mandibulaire gauche et une limitation de l'élévation du membre supérieur gauche. Le patient se plaint de dysesthésies persistantes touchant l'hémi-canal gauche et l'hémi-langue latérale. Le syndrome algique et dysesthésique est la conséquence d'un syndrome facial dont le patient a été victime en 1986. Depuis cette date, les troubles se sont chronicisés, s'associant à une composante psychogène marquée. Le patient a été soumis à diverses thérapies psycho-pharmacologiques sans résultat satisfaisant. La douleur a causé et cause une incapacité significative du fonctionnement social et de la capacité de gain de l'expertisé. L'assuré a également été soumis à un questionnaire par la Dresse N\_\_\_\_\_, spécialiste en psychologie, puis à des examens radiographiques du crâne. Il été aussi examiné par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et neurochirurgie; ce dernier, dans son rapport du 5 juin 2007, retient notamment les diagnostics de trouble dysthymique (F 34.1), état de stress post-traumatique (F 43.1) et status après traumatisme crânio-facial subi en 1986 (axe III). Le recourant se réfère aussi aux conclusions du rapport du Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, daté du 9 juillet 2007. Il fait valoir que tous les médecins consultés concluent à une symptomatologie aggravée, chronicisée par rapport à celle annoncée en 1987, date à laquelle la rente lui a été reconnue et confirmée lors des contrôles successifs. Le recourant conclut à l'annulation de la décision, son incapacité totale de travail étant indiscutable et le rapport d'expertise sur lequel l'OCAI se fonde n'étant à l'évidence pas sérieux.

23. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans ses écritures du 22 août 2007, considère que l'expertise de la Dresse G\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante et que les nouveaux documents médicaux n'amènent aucun fait nouveau, se contentant pour l'essentiel de reprendre le contenu des rapports médicaux figurant au dossier et rappelant les séquelles physiques de l'accident, qui sont connues, et non susceptibles de justifier une incapacité de travail. L'OCAI persiste dans ses conclusions.
24. Le 1<sup>er</sup> novembre 2007, le recourant a fait parvenir au Tribunal de céans un rapport du Dr J\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 26 octobre 2007, confirmant ses troubles de santé et sa totale incapacité de travail.
25. Un nouveau rapport médical du Dr I\_\_\_\_\_ a été communiqué au Tribunal de céans par le recourant le 21 janvier 2008, attestant qu'en septembre 2007, le

Dr J \_\_\_\_\_ avait conclu que l'origine trijémiale des lésions était pratiquement certaine. En décembre 1997, le Dr MOMGIANT, neurochirurgien, a diagnostiqué des névralgies faciales gauches neuropathiques suite au traumatisme maxillaire de 1986 et proposé une intervention. Le patient a cependant préféré s'abstenir en l'absence d'un succès garanti à 100%. Le Dr I \_\_\_\_\_ fait remarquer qu'au vu des différents avis de ses confrères en Italie et aux HUG, il comprend mal la décision de l'AI de revenir sur les prestations accordées en 1987, confirmées en 1993.

26. L'OCAI, après avoir pris connaissance des documents, a persisté dans ses conclusions.
27. Ces écritures ont été communiquées au recourant en date du 20 février 2008. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
28. Le 7 mars 2008, le recourant a encore communiqué au Tribunal copie d'un courrier qu'il a adressé à l'OCAI, dans lequel il attirait son attention sur le fait que la décision de suppression de rente avait eu des conséquences particulièrement graves, en ce sens que son fils a dû renoncer à s'inscrire à l'Université, faute de pouvoir compter sur l'aide financière de ses parents.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était en droit de supprimer la rente entière d'invalidité allouée au recourant depuis 1987.
5. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05).

L'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il convient d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force 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 révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss).

Il n'y a en revanche 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. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier: Urs MULLER, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, *Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen*, in: Schaffauser/Schlauri [Hrsg], *Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung*, Saint-Gall, 1999, p. 15).

b) Conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une prochaine complication prochaine soit à craindre.

Si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88a al. 2 RAI).

6. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Par ailleurs, en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

7. En l'espèce, la décision initiale de rente a été prise en 1989 sur la base du rapport du Dr A \_\_\_\_\_, des HUG, et de l'expertise du Dr B \_\_\_\_\_ du 17 août 1988. Lors de la procédure de révision subséquente, initiée en 1991, l'intimé a requis des renseignements auprès du Dr E \_\_\_\_\_, ordonné une expertise psychiatrique

auprès du Dr F \_\_\_\_\_ ainsi qu'une expertise COMAI. Il s'est également procuré le rapport d'expertise établi par le Dr D \_\_\_\_\_ le 24 juillet 1992 à l'attention de l'assureur accidents. C'est à l'issue de cette instruction que l'intimé a décidé, par communication du 13 mai 1992 puis dans un prononcé complémentaire du 20 décembre 1993, de maintenir le droit à la rente entière en faveur du recourant. Par conséquent, il convient de déterminer si un changement s'est produit depuis cette date jusqu'au moment de la décision litigieuse du 6 mars 2007.

8. Le Tribunal de céans constate que selon les rapports d'expertises du Dr F \_\_\_\_\_ (rapport du 23 avril 1992) et du COMAI (rapport du 19 octobre 1993) établis lors de la première révision, le recourant présentait toujours des séquelles traumatiques et douloureuses du traumatisme facial. Sur le plan psychique, il n'y avait pas d'amélioration, le patient présentait une importante régression, le tableau clinique rappelait celui d'un état de stress post-traumatique avec, depuis plusieurs années, une chronicisation de l'expression somatique du stress psychologique. Les différentes approches thérapeutiques tentées n'avaient pas eu de succès. En raison de l'état régressif grave, les experts avaient conclu à une incapacité de travail de 100 %, le pronostic quant au retour d'une capacité de travail ou d'une réinsertion professionnelle étant mauvais et extrêmement réservé, même à long terme. Ces conclusions, qui rejoignaient celles émises par les Drs D \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_, avaient motivé le maintien de la rente entière d'invalidité.

Interrogé par l'intimé dans le cadre de la deuxième révision initiée en 2005, le Dr E \_\_\_\_\_ indique que l'état de santé est stationnaire, que les plaintes du patient n'ont pas changé depuis dix ans et que l'examen clinique est sans changement depuis 1993. Il relève en outre que le recourant a été victime d'un nouvel accident en 1999, alors qu'il se trouvait en Italie, qui n'a pas entraîné de séquelles fonctionnelles majeures. L'incapacité de travail est de 100 % depuis 1986.

Selon l'intimé, l'état de santé du recourant s'est amélioré, notamment sur le plan psychique. Il se réfère à cet égard au rapport de la Dresse G \_\_\_\_\_, qui a expertisé l'assuré en date du 27 novembre 2006. D'après l'expert, le recourant ne présente aucune comorbidité psychiatrique et elle a retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, présent depuis fin 1986, sans influence sur la capacité de travail. Elle a relevé une discordance entre les plaintes et les constatation objectives. Du point de vue psychique, la capacité de travail est de 100 % dans l'activité de magasinier. Concernant l'évolution de la capacité de travail, l'expert indique que l'incapacité de travail a été de 100 % tout au plus jusqu'à fin 1993 (selon l'expertise du Dr H \_\_\_\_\_ du COMAI) et que depuis plusieurs années, sans qu'elle puisse en préciser la date, la capacité de travail est entière. Le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle paraît cependant des plus mauvais, l'assuré ne travaillant plus depuis vingt ans. Elle ajoute que l'état régressif mentionné dans l'expertise du Dr H \_\_\_\_\_ en octobre 1993 n'est plus objectivé. Enfin, des

mesures de réadaptation ne sont pas à envisager, en raison de la démotivation et des faibles capacités d'apprentissage de l'assuré.

Cet avis n'est pas partagé par les différents médecins qui ont examiné le recourant. Ces derniers attestent en effet, sur le plan somatique, que l'intensité des douleurs de l'hémiface gauche n'a pas diminué, que leurs répercussions sur la vie de l'assuré sont importantes et qu'elles entravent sa capacité de travail (Drs E\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_). En outre, sur le plan psychique, les problèmes de régression ne se sont pas améliorés non plus. Les examens complémentaires effectués par le recourant auprès de différents spécialistes en Italie confirment le syndrome algique et les dysesthésies dont se plaint le recourant suite à l'accident. Dans son rapport détaillé, la Dresse L\_\_\_\_\_, résumant les conclusions des différents spécialistes qui ont examiné le recourant, indique que depuis 1986, les troubles, associés à une composante psychogène marquée, se sont chronicisés. Elle relève que les diverses thérapies psycho-pharmacologiques sont demeurées sans résultat satisfaisant. Le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre, a diagnostiqué, entre autre, un état de stress post-traumatique. Pour ces médecins, l'incapacité de travail est toujours de 100 %, pour des raisons à la fois somatiques et psychiques.

Le Tribunal de céans constate que les constatations et conclusions de la Dresse G\_\_\_\_\_ sont en contradiction avec celles des différents praticiens qui ont examiné le recourant depuis 1986. Or, les investigations poussées effectuées en Italie et les rapports détaillés des praticiens italiens confirment les diagnostics et conclusions du COMAI ainsi que des différents médecins qui se sont prononcés sur la cas du recourant, notamment quant à l'état de stress post-traumatique, la régression, la chronicisation sur le plan psychique et l'échec des traitements entrepris. Les médecins concluent tous à l'absence d'amélioration de l'état de santé et à une incapacité de travail de 100 %, inchangée depuis 1986.

Les avis concordants des médecins sont de nature à jeter un doute quant à la valeur probante de l'expertise de la Dresse G\_\_\_\_\_. Quoi qu'il en soit, le Tribunal constate que le diagnostic posé et les conclusions de l'expertise procèdent d'une appréciation différente d'une situation identique, plus de quinze ans après la révision de 1991, ce qui n'autorise pas une révision.

Quant à l'argument de l'intimé, selon lequel la première décision de rente était manifestement erronée car fondée sur un dossier lacunaire, il tombe à faux. En effet, la première décision de rente se fondait sur les rapports médicaux des HUG et l'expertise du Dr B\_\_\_\_\_, alors que la décision prise suite à la première révision était fondée sur les conclusions concordantes des rapports des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, ainsi que de deux expertises, à savoir l'expertise psychiatrique du Dr F\_\_\_\_\_ et l'expertise bi-disciplinaire du COMAI. L'intimé ne saurait ainsi sérieusement soutenir que l'instruction du dossier était lacunaire. Il s'ensuit qu'une reconsidération est exclue.

Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité du recourant.

9. Bien fondé, le recours doit être admis.

Le recourant, représenté par un avocat, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'espèce à 2'000 fr. (art. 89H al. 3 LPA, art. 61 let. g LPGA).

10. Un émolument de 1'000 fr. est mis à la charge de l'OCAI qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OCAI du 6 mars 2007.
4. Condamne l'OCAI à payer au recourant une indemnité de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de l'000 fr. à la charge de l'OCAI.
6. 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); 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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