RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1696/2005 **ATAS/1110/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 21 décembre 2005

En la cause

Monsieur A_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ZIEGLER Marco	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le 31 mars 1965 et originaire du Kosovo, a travaillé en dernier lieu en tant que manœuvre dans le bâtiment.

2. Depuis le 8 octobre 1998, il est en arrêt de travail, hormis une tentative de reprise de travail à 50% de décembre 1998 à février 1999.

3. Dans son rapport d'examen du 18 mars 1999 adressé à la Caisse-maladie HELVETIA, assureur perte de gain de l'employeur, le Docteur B_____, spécialiste en médecine interne, fait état d'un accident de l'assuré en date du 8 octobre 1998. Alors qu'il portait une lourde charge, il a glissé et s'est bloqué le dos. Le Docteur B_____ a constaté que le status général de l'assuré était dans les limites de la norme, et qu'il présentait, au niveau du status local, un Lasègue en position couchée positif. Il a mentionné par ailleurs une contracture L4-L5 à gauche. La force et les réflexes étaient symétriques. Les examens montraient de discrètes séquelles de Scheuermann, ainsi qu'une arthrose postérieure gauche L2-L3. Toutefois, selon ce praticien, le diagnostic n'était pas clair. Il a ainsi proposé d'attendre encore deux mois et, en fonction de l'évolution, de faire une demande de renseignements au service de rhumatologie de l'Hôpital de Beau-Séjour. Malgré le traitement, le Docteur B_____ ne notait pas d'amélioration et le patient se plaignait de douleurs irradiantes dans le membre inférieur gauche. Selon ses dires, il ne pouvait pas rester debout longtemps, car cela entraînait des douleurs intolérables.

4. Le 19 juillet 1999, le recourant a glissé et s'est tordu la cheville droite. Lors de son entretien du 16 septembre 1999 avec un collaborateur de la SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, il a déclaré être guéri des séquelles de cet accident.

5. Par demande du 24 janvier 2000, reçue à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) le 28 suivant, l'assuré a requis des prestations d'invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession. Il y a indiqué souffrir de lombalgies chroniques.

6. L'assuré a ensuite été adressé au Docteur C_____ de la Clinique de rééducation des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG), pour évaluation et traitement de lombalgies chroniques non déficitaires. Ce médecin l'a examiné les 25 novembre et 22 décembre 1999, ainsi que les 19 janvier et 24 février 2000. Dans sa lettre du 25 février 2000, ce médecin a informé la Doctoresse D_____ que le patient avait bénéficié d'un programme de physiothérapie active et de balnéothérapie, sans aucun signe d'amélioration. Selon les constatations médicales objectives, il ne présentait pas de contracture paravertébrale sur une colonne alignée, ni de dysfonction ou de raideur segmentaire. La mobilité lombaire

était bonne. Il ressentait des douleurs en rotation-extension, ainsi qu'à la rotation de l'ensemble du corps, mais non pas à l'hyper-extension. La pression axiale était également douloureuse. Le status neurologique était sans particularité et les réflexes achilléens et rotuliens présents des deux côtés. La force en flexion-extension de l'ensemble des segments était conservée de façon symétrique. Il signalait une hypoesthésie de l'ensemble du membre inférieur gauche ne correspondant pas à un trajet radiculaire.

7. En raison de mouches volantes, de cervicalgies associées à des céphalées postérieures et de lombalgies irradiant dans la jambe gauche, l'assuré a été adressé à la clinique et policlinique de neurologie des HUG. Selon le rapport du 13 juillet 2000 des Docteurs E_____ et F_____, les symptômes ont débuté en octobre 1998. En octobre 1999, il a présenté un épisode d'hypoesthésie de tout l'hémicorps et de l'hémiface gauches d'une durée d'environ une heure. Jusqu'au jour de l'examen, quatre épisodes du même type se sont produits. En février 2000, il a fait une chute dans la salle de bains avec réception pariétale gauche et perte de connaissance. A la suite de cette chute, il a présenté une amnésie circonstancielle et voyait des mouches volantes dans l'œil gauche. Les examens ophtalmologiques étaient cependant en ordre. Selon ces médecins, les céphalées associées à des cervicalgies pourraient être mixtes, soit d'une part de tension et d'autre part post-traumatiques, avec une hypoesthésie qui reste subjective en présence de réflexes normaux et sans autre atteinte.

8. Selon le rapport médical du 21 juillet 2000 de la Doctoresse D_____, son patient est en incapacité totale de travailler depuis le 20 février 1999. Elle a diagnostiqué des lombalgies chroniques, un traumatisme cranio-cérébral en février 2000, des céphalées, des cervicalgies résiduelles, une hypermétropie, un état dépressif, des troubles de l'adaptation et un tabagisme actif. Sur le plan social et psychique, ce médecin a indiqué que le patient semblait déprimé. Il lui avait par ailleurs déclaré avoir été emprisonné dès l'âge de 14 ans par la police serbe au Kosovo, avoir été maltraité, insulté et battu. Ensuite, il avait dû servir dans l'armée régulière yougoslave, se battre et tirer sur ses compatriotes albanais. Il avait également des troubles du sommeil et des cauchemars. Il ne trouvait aucun apaisement à ses douleurs. A cela s'ajoutaient des angoisses.

9. Dans le rapport du 12 décembre 2000 de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, il est indiqué que le dernier employeur de l'assuré ne comprenait pas pourquoi ce dernier était en incapacité de travail. Il a en outre déclaré que son ex-employé n'avait pas été très motivé par son travail. Selon l'appréciation de ladite Division, l'assuré pourrait travailler dans un emploi non qualifié, dans le domaine du conditionnement alimentaire ou du conditionnement, par exemple de produits pharmaceutiques. Par rapport au salaire qu'il réalisait précédemment, il ne subissait dans ces activités qu'une perte de gain de 23%. La Division de réadaptation professionnelle a encore indiqué dans son rapport qu'elle avait fortement

recommandé à l'assuré de s'inscrire à l'assurance chômage. Toutefois, celui-ci lui avait expliqué qu'il ne pouvait pas travailler.

10. Le 12 décembre 2000, l'OCAI a imparti à l'assuré un délai au 7 février 2000, (recte 2001) pour s'inscrire au chômage et effectuer au moins 20 démarches de recherche d'emploi. A défaut, il l'a averti qu'il classerait son dossier de réadaptation, statuerait en l'état du dossier et, le cas échéant, lui refuserait toute prestation.

11. L'assuré ne s'étant pas présenté au rendez-vous qui lui avait été fixé à cette dernière date, l'OCAI a classé le dossier de réadaptation le 8 février suivant.

12. Le 9 février 2001, l'OCAI lui a fait parvenir un projet de refus de rente.

13. Par lettre du 23 février 2001, l'assuré a contesté le projet de décision. Il a joint à son courrier un certificat du 13 février 2001 de la Doctoresse D_____, selon lequel il présentait une capacité de travail de 50% dans une activité légère sans port de lourdes charges et permettant de changer de position.

14. Selon l'examen radiologique du 27 février 2001 effectué par le Docteur G_____, l'assuré présente un trouble statique du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité gauche et diminution de la lordose physiologique, un discret glissement antérieur de l'étage cervical supérieur en C4 et une scoliose dorsale à convexité supérieure droite avec une cyphose physiologique conservée. Tous les pédicules étaient présents et il n'y avait pas de tassement vertébral.

15. Le 6 avril 2001, l'assuré a fait l'objet d'une tomodensitométrie axiale computerisée du cou. Le Docteur G_____ qui a pratiqué cet examen a constaté ce qui suit :

> "Ganglions au niveau du cou à contours réguliers, de densité homogène et non confluents ainsi que dans l'espace cervical postérieur et dont les dimensions de chacun ne dépassent pas 14 mm, d'aspect banal.
>
> Muscles sternocleidomastoïdes de densité homogène et de forme quasiment symétrique.
>
> Lipomatose médiastinale supérieure
>
> Troubles statiques du rachis cervical."

16. Le 6 juillet 2001, la Doctoresse D_____ a communiqué au médecin-conseil de l'OCAI, le Docteur H_____, que les limitations objectives de son patient étaient une attitude algique généralisée, une rectitude très importante du rachis prédominant au niveau dorso-lombaire, une diminution de la mobilité en flexion-extension et rotation. La distance doigts-sol était de 50 cm. Elle a par ailleurs constaté la présence d'une contracture paravertébrale cervicale gauche avec

déclenchement de céphalées lors de la rotation de la tête. Le cou à gauche était tuméfié, ce qui correspondait à une lipomatose médiastinale supérieure et à des ganglions d'aspect banal. Il avait en outre une hypoesthésie de tout l'hémicorps gauche. Il était difficile à cette praticienne de se prononcer sur la concordance entre les constatations physiques et radiologiques. Les douleurs avaient augmenté depuis l'examen par les HUG en juillet 2000 et l'état dépressif s'était aggravé en raison de problèmes sociaux. A la question de savoir si l'incapacité de travail signalée était basée essentiellement sur des plaintes, ce médecin a indiqué qu'elle était non seulement due aux douleurs déclarées par le patient, mais également à la difficulté de trouver une activité adéquate plus légère. Elle a par ailleurs considéré qu'un essai de reprise de travail en tant qu'aide de cuisine pourrait être envisagée, pour autant que les charges à porter n'excédaient pas deux à trois kilos et que la même position, assise ou debout, ne devait pas être maintenue pendant plus de 60 minutes. Selon son appréciation, la remise au travail devrait se faire progressivement. La cause de l'incapacité de travail était la chronicisation des douleurs rachidiennes secondaires aux événements de janvier et octobre 1998 et au traumatisme cranio-cérébral de février 2000 qui a laissé des céphalées et des cervicalgies résiduelles, ainsi que provoqué un état dépressif.

17. Par courrier du 12 octobre 2001 au médecin-conseil de l'OCAI, la Doctoresse D_____ lui a communiqué que l'incapacité de travail de 50% qu'elle avait certifiée du 1er mars au 30 avril 2001 se référait à l'activité de manœuvre de chantier et à toute occupation comportant un travail de force et le port de lourdes charges. Actuellement, l'assuré était à nouveau en incapacité de travail à 100%. Dans une activité légère, elle pourrait être de 50% dans un premier temps et puis augmentée progressivement sur une durée de quelques semaines. Quant à la question du Docteur H_____ sur la durée de l'aggravation survenue en avril, cette praticienne a indiqué que l'assuré se plaignait toujours de violentes céphalées accompagnées de douleurs de l'hémicorps gauche et de la région lombaire. Elle a fait également état d'examens par un spécialiste des maladies rhumatismales et un neurologue. Ces consultations avaient permis de confirmer un diagnostic de lombo-sciatalgies gauches chroniques dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux chronique. La Doctoresse D_____ espérait en outre pouvoir organiser une prise en charge psychiatrique chez un psychiatre parlant le serbo-croate ou à l'association Appartenances.

18. Le 6 février 2002, le Docteur I_____, spécialiste en médecine interne, a communiqué à la Doctoresse D_____ que l'assuré présentait un syndrome vertébral, cervical et lombaire hyperalgique avec des limitations importantes. Les examens médicaux (radiographie et scanner) n'expliquaient toutefois en rien son syndrome douloureux, comme cela était fréquemment le cas. Ainsi, ce médecin a considéré qu'on était devant une situation d'invalidité définitive.

19. L'assuré a été mis au bénéfice d'une observation professionnelle du 11 mars au 26 avril 2002 et du 29 avril au 7 juin 2002. Pendant ces deux stages, il n'a manqué que quatre jours. Selon le rapport OSER du 31 juillet 2002, il serait possible de le réadapter, du moins théoriquement, dans le circuit économique normal, à plein temps et avec un rendement exigible de 60% au minimum dans une activité pratique, légère, simple et répétitive, sans port de charge ni travaux minutieux, en position essentiellement assise avec possibilité de se lever fréquemment. Il pourrait travailler en tant qu'ouvrier d'usine (servant de machine ou monteur à l'établi) ou employé au conditionnement. Toutefois, selon les réadaptateurs, les chances de succès d'un reclassement étaient très limitées en raison des difficultés d'adaptation et d'apprentissage, le comportement peu respectueux des règles (horaires), le manque de dynamisme et d'engagement (avec un côté démonstratif : grimaces fréquentes, incompréhension linguistique parfois feinte), la mise en avant des difficultés personnelles envahissantes, la faible intégration culturelle, l'attitude dépendante d'autrui et un sens des responsabilités peu mis en pratique. Une mesure de préparation à des activités industrielles légères avait été proposée, à condition que l'assuré montrât un réel désire de se réadapter. Toutefois, celui-ci préférait donner une image d'invalide et de victime, raison pour laquelle les réadaptateurs ont proposé de conclure théoriquement sur dossier.

20. Dans son rapport du 20 août 2002, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a conclu à une perte de gain de 45%, partant du fait que l'assuré pouvait travailler à plein temps avec un rendement exigible de 60% au minimum dans une activité pratique, légère, simple et répétitive sans port de charges ni travaux minutieux, en position essentiellement assise avec la possibilité de se lever fréquemment.

21. Le 2 septembre 2002, l'OCAI a fait parvenir à l'assuré un projet d'acceptation d'un quart de rente d'invalidité dès le 5 octobre 1999. L'assuré s'y est opposé, estimant être invalide à 100%.

22. Par décision du 11 mars 2003, l'OCAI a confirmé son projet de décision et a fixé le montant de la rente dès le 1er mars 2003.

23. L'assuré, représenté par son conseil, a formé recours contre cette décision en date du 10 avril 2003, lequel a été transmis par la Commission cantonale de recours AVS-AI, compétente en la matière à l'époque, à l'OCAI comme objet de sa compétence, dans la mesure où les décisions de l'assurance-invalidité sont sujettes à opposition, et non pas à recours, depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA).

24. Le 27 mai 2003, la Doctoresse D_____ s'est déterminée sur le rapport OSER du 31 juillet 2002. Elle a souligné que l'état dépressif, également mis en évidence par le Centre d'intégration professionnelle (ci-après: CIP), était en relation avec une

succession d'événements du passé et que les problèmes médicaux survenus en 1998 et 1999 avaient fragilisé l'état psychologique du patient et ainsi contribué à mettre en évidence les symptômes dépressifs. L'état dépressif n'était ni feint ni volontaire et interférait avec les capacités d'adaptation, d'apprentissage et de compréhension. Il pouvait également conduire à une comportement inadéquat et délétère pour une réinsertion professionnelle.

25. Le 28 mai 2003, l'assuré a complété son opposition, en concluant à ce qu'une expertise psychiatrique fût préalablement ordonnée. Il a contesté les conclusions et la synthèse du rapport OSER, en relevant que les rédacteurs de ce rapport décrivaient des attitudes caractéristiques de personnes souffrant de dépression, telles que des pertes d'attention, une attitude résignée, triste et plaintive. Ces observations permettaient d'établir que son comportement n'était pas volontaire et qu'il n'y avait pas un choix délibéré de donner une image d'invalide et de victime, mais une réelle incapacité de rentrer dans le circuit social et professionnel. Même si les intervenants du CIP étaient des professionnels, ils n'avaient pas la capacité d'apprécier l'altération de sa santé psychique. Seul le diagnostic d'un médecin spécialiste pouvait être déterminant. Il a également souligné que le rapport OSER était contradictoire, en ce qu'il a conclu, d'une part, qu'il ne pouvait pas être placé dans le circuit économique normal et, d'autre part, qu'un rendement moyen de 60% minimum était raisonnablement exigible.

26. Par décision du 12 août 2003, l'OCAI a partiellement admis l'opposition de l'assuré, dans le sens où il a accepté de reprendre l'instruction du dossier. A cet égard, l'OCAI a indiqué ce qui suit :

> " Compte tenu, de ce qui précède, notre Office annule sa décision du 11 mars 2003. Cela étant, et puisque le litige ne porte que sur l'éventuel reconnaissance d'un taux d'invalidité supérieur à 45%, le quart de rente alloué à Monsieur A_____ depuis le 1er octobre 1999 continue de lui être versé."

27. En mars 2004, l'assuré a fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Docteur J_____, psychiatre et psychothérapeute. Selon le rapport du 7 juin 2004 de cet expert, il y a une discordance entre les éléments objectifs et les allégations de l'assuré qui a adopté, pour des motifs qui sortent du champ médical, le statut de future invalide. D'un point de vue psychiatrique, il avait une capacité de travail de 100% depuis toujours dans une activité adaptée à ses éventuelles limitations physiques. Il avait par ailleurs la capacité de s'adapter à son environnement professionnel, mais non pas la motivation. Les bénéfices secondaires financiers administratifs étaient importants. L'absence de formation professionnelle, l'acculturation et les problèmes linguistiques jouaient aussi certainement un rôle. Les mesures de réadaptation professionnelle étaient vouées à l'échec, vu le manque de motivation et le passé de l'assuré. Dans les antécédents personnels, l'expert a

notamment fait état d'une peine de prison de 18 mois qu'il avait dû purger pour avoir tué dans une rixe, à l'âge de 15-16 ans, un de ses camarades. Par ailleurs, il est également fait état dans ce rapport du remariage de l'expertisé en 2002 et de la naissance d'un fils en 2003. Son épouse était restée au Kosovo et il ne l'a voyait qu'à deux reprises par année. Dans ses plaintes subjectives et la description de son fonctionnement psychosocial, l'assuré était flou et contradictoire. L'expert a par ailleurs constaté que, bien que l'assuré lui ait indiqué prendre un anti-dépresseur, il n'observait pas ce traitement. L'expert a finalement diagnostiqué un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale chronique. Même si l'assuré paraissait assez dysphorique et émotif, il n'y avait pas d'éléments objectifs dans le sens d'un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère, voire d'un trouble anxieux. Une éventuelle problématique éthylique pourrait être évoquée. Il n'était pas impossible qu'il avait présenté à l'occasion une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle, au vu du litige important avec son ex-épouse, mais cette symptomatologie n'était certainement pas au premier plan. Les nombreux éléments du dossier semblaient indiquer qu'il existait des éléments de majoration probablement volontaires. L'expert a également relevé que l'examen paraclinique a démontré que l'expertisé ne prenait pas d'antalgiques, ou seulement dans une faible mesure, ce qui pourrait aussi démontrer l'absence d'une impotence majeure. Au vu de l'absence de plaintes digestives, urogénitales ou neurologiques, un trouble de somatisation ou trouble somatoforme indifférencié paraissait peu probable.

28. Sur la base de cette expertise, le Service médical régional Léman (ci-après : SMR) de l'OCAI a conclu le 28 juin 2004 à une capacité de travail exigible de l'assuré dans son activité habituelle à 100%. Il a à cet égard relevé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques et que l'on était en présence de lombalgies sans limitations fonctionnelles ni déficit neurologique et avec tous les signes positifs de non-organicité. Radiologiquement, l'atteinte était presque inexistante.

29. Par décision du 3 août 2004, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assuré dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de cette décision. Ce faisant, l'OCAI s'est fondé essentiellement sur le rapport du Docteur J_____ et l'appréciation médicale du SMR.

30. Par décision du 10 septembre 2004, l'OCAI a fixé le droit aux rentes d'invalidité rétroactives du 1er octobre 1999 au 31 décembre 2003 et a mis l'assuré au bénéfice d'une demi-rente dès le 1er janvier 2001 en raison du cas pénible.

31. Le 10 septembre 2004, l'assuré a formé opposition à cette décision en concluant à son annulation.

32. Dans son rapport du 22 novembre 2004, le Docteur K_____, psychiatre à l'Association Appartenances, a indiqué avoir suivi le patient, dans une première

phase, du 15 novembre 2001 au 19 avril 2002 et instauré un traitement anti-dépresseur. Toutefois, pour des raisons liées au passé et à la personnalité du patient, celui-ci avait cessé de suivre ce traitement. Il avait indiqué à cet égard à ce médecin qu'un animateur du stage de réadaptation professionnelle lui aurait dit que s'il ne se sentait pas bien mentalement, il devrait se faire traiter par un psychiatre et non pas chercher une réinsertion professionnelle payée par l'assurance-invalidité. L'assuré avait alors pris peur et cessé le traitement prescrit. Lors du premier suivi étaient en premier plan des douleurs somatiques qui, selon les dires du recourant, ne s'arrêtaient jamais et ne pouvaient être soulagées que par des médicaments antalgiques majeurs pendant deux à trois heures. Par la suite, l'assuré avait été suivi par la Doctoresse D_____. Le 15 septembre 2004, celle-ci l'a adressé en urgence au Docteur K_____, lequel l'a envoyé immédiatement au Centre de thérapie brève (CTB) de la Servette pour une hospitalisation partielle en raison de la sévérité du trouble dépressif et du risque suicidaire élevé. Dès le 10 novembre 2004, le Docteur K_____ avait repris le suivi ambulatoire du patient sur le plan psychiatrique. Le traitement médicamenteux instauré par ledit centre était poursuivi. Le Docteur K_____ a diagnostiqué les atteintes suivantes : état dépressif sévère sans symptôme psychotique depuis fin 1999, actuellement en rémission partielle sous traitement; état de stress post-traumatique (au second plan actuellement); syndrome douloureux somatoforme persistant; modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme; victime d'un crime et d'actes de terrorisme, tortures y compris; dislocation de la famille par séparation ou divorce de son premier mariage en 2001. Dans l'anamnèse, ce médecin a relevé que son patient avait été condamné en 1981 à trois mois de prison pour activisme politique. Pendant sa détention, il avait été battu et humilié. Après sa sortie, probablement en 1982, il avait blessé un serbe qui avait assassiné l'un de ses cousins, de nouveau été emprisonné et subi de multiples maltraitances. Des neuropsychiatres de la maison éducative, où il avait été placé, lui avaient administré de fortes doses de médicaments, de sorte que le patient gardera de cette expérience une vision très négative de la psychiatrie. En 1988, il a été enrôlé d'office dans une unité disciplinaire de l'armée fédérale yougoslave et contraint de participer à des opérations à couvert contre des compatriotes albanais. Après une nouvelle arrestation, l'assuré avait émigré en Autriche puis en Allemagne. En 1993, il était arrivé en Suisse où il avait déposé une demande d'asile qui avait été rejetée. En 1996, il s'était marié en Suisse. Dès fin 1999, un état dépressif s'était déclaré. En été 2001, son épouse avait demandé la séparation et l'avait mis à la porte de l'appartement conjugal. A partir de ce moment-là, une intense détresse psychologique s'était installée. En 2002, il s'était remarié au Kosovo et, en 2003 et en 2004, sa nouvelle épouse avait mis au monde deux enfants. Le Docteur K_____ a par ailleurs exposé que le traumatisme subi dans l'adolescence se traduisait par une attitude permanente d'hostilité et de méfiance envers le monde, engendrait un retrait social, un sentiment constant de vide, de perte d'espoir, d'être changé ou d'être différent des autres. Ce médecin admet toutefois que le diagnostic

rétrospectif de modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme pouvait être contestable, dès lors que le traumatisme était intervenu en l'occurrence à l'adolescence, soit avant que les traits stables de personnalité eussent pu se former. Compte tenu de ses antécédents et les événements en octobre et novembre 1998 qui coïncidaient avec la période pendant laquelle des massacres d'Albanais au Kosovo s'étaient déclenchés, l'assuré avait développé un trouble somatoforme douloureux. Les psychotropes administrés lors sa première dépression en novembre 1999 avaient été mal supportés, ce qui n'était cependant guère étonnant, en raison de ses rapports antérieurs avec la psychiatrie. Avec la fondation d'une nouvelle famille, il avait tenté de tourner la page. Toutefois, la suppression de la rente d'invalidité avait débouché sur une situation de stress catastrophique. Les symptômes et plaintes étaient cependant en nette diminution, à l'exception des douleurs dorso-lombaires qui se perpétuaient même sous antalgiques. Néanmoins, il existait plusieurs facteurs de bons pronostics pour le traitement, la guérison du syndrome dépressif et certains remaniements psychiques post-traumatiques, ainsi que pour la restauration d'une capacité de travail. En effet, en termes de vitalité et d'activité, il avait de bonnes ressources. Par ailleurs, le patient avait commencé à entreprendre un travail spécifique sur le thème des anciens traumatismes qui n'avait pas encore été tenté auparavant. L'évolution en deux mois de l'état dépressif a été bonne, grâce à un investissement thérapeutique important. Il existait dans son fonctionnement actuel une certaine souplesse qui permettait d'envisager des progrès, des changements et des adaptations. Ainsi, le diagnostic de modification durable de la personnalité après une expérience traumatique était certes probable mais ne paraissait pas définitivement figée. Quant aux mesures de réinsertion professionnelle, il fallait certainement encore attendre trois à six mois avant de les aborder. Enfin, selon ce médecin, le patient était totalement incapable de travailler en raison de l'affection psychique depuis le 15 septembre 2004 et tel avait été sans doute le cas durant les semaines ou les mois précédents. En 2001, 30 à 50% de la perte de la capacité de travail était également attribuable à l'affection psychique.

33. Le rapport du Docteur K_____ a été soumis à l'avis médical du SMR. Dans son rapport du 10 décembre 2004, celui-ci a estimé, compte tenu des difficultés à établir l'existence de douleurs, que les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisaient pas pour justifier une invalidité. Celles-ci devaient en effet être confirmées par des observations médicales concluantes, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations. Le SMR a en outre jugé que l'expertise du Docteur J_____ était convaincante sur le plan psychiatrique.

34. Par décision sur opposition du 19 avril 2005, l'OCAI a rejeté celle-ci en se fondant essentiellement sur l'avis précité du SMR.

35. Le 20 mai 2005, l'assuré a formé recours contre cette décision en concluant, préparatoirement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition et le renvoi du dossier à

l'OCAI pour complément d'instruction. Il a relevé qu'il n'avait pas pu prendre connaissance du rapport du Docteur J_____. L'instruction était incomplète, dès lors que l'intimé n'avait pas interrogé le CTB de la Servette, à la suite de son hospitalisation partielle en septembre 2004. Par ailleurs, son état de santé psychique s'était aggravé progressivement.

36. Le 6 juillet 2005, l'intimé s'est déterminé sur le recours en concluant à son rejet. Il a relevé qu'il n'y avait aucun substrat médical pertinent, tant au niveau psychiatrique qu'au niveau somatique permettant de justifier une incapacité de travail du recourant. Se faisant, il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 7 juin 2004 du Docteur J_____, tout en jugeant les conclusions du Docteur K_____ peu convaincantes. Sur le plan somatique, aucun élément objectif ne permettait de justifier les plaintes de l'assuré.

37. Par réplique du 10 août 2005, le recourant, représenté par son conseil, a persisté dans ses conclusions. Il a relevé que le dossier ne contenait aucun élément nouveau sur le plan des limitations fonctionnelles constatées lors du stage d'observation professionnelle. Notamment une nouvelle appréciation professionnelle et une nouvelle appréciation de sa capacité de travail résiduelle n'avaient pas eu lieu. L'instruction complémentaire à laquelle avait procédé l'intimé permettait uniquement d'écarter l'existence d'une aggravation du taux d'incapacité de travail en raison d'une atteinte psychique mais ne justifiait pas une reconsidération du taux d'incapacité de travail et du degré d'invalidité découlant des atteintes à sa santé physique. En effet, aucune amélioration notable de celles-ci n'avait été constatée. Ainsi, les conditions légales d'une révision du droit à un quart de rente n'étaient pas réalisées. Il a également fait valoir une violation du droit d'être entendu et du principe de la bonne foi. En effet, la décision attaquée correspondait à une reformatio in pejus, sans avoir donné au préalable l'occasion au recourant de renoncer à ses objections. Il était par ailleurs contraire au principe de la bonne foi d'ordonner une expertise psychiatrique puis d'en déduire des appréciation médicales concernant aussi bien les atteintes psychiques que les atteintes somatiques. Ces seules violations justifiaient l'annulation de la décision litigieuse. Enfin, il a fait valoir que l'aggravation de son état de santé psychique n'avait pas été prise en considération.

38. Dans sa duplique du 7 septembre 2005, l'intimé a maintenu ses conclusions. Il a notamment fait valoir que, en concluant ou en acceptant le renvoi à l'administration après sa décision sur opposition du 12 août 2003 pour instruction complémentaire, l'assuré devait s'attendre à ce que tous les aspects juridiques de la prestation demandée allaient être réexaminés, ce qui impliquait également la prise du risque d'une aggravation de sa situation, sans que toutefois les conditions d'une reformatio in pejus fussent réunies. Il a par ailleurs souligné que les troubles mis en avant par la Doctoresse D_____ étaient en réalité tous d'ordre psychiatrique, dès lors que le syndrome douloureux chronique était classé parmi les affections de cet ordre.

L'ensemble des troubles évoqués étaient ainsi de la seule compétence du Docteur J_____. Or, sur la base des conclusions de ce psychiatre, l'intimé était en droit de revenir sur sa précédente décision et de mettre un terme au versement des prestations. Par ailleurs, le droit d'être entendu n'avait pas été violé, dans la mesure où l'assuré avait pu s'exprimer en procédure d'opposition.

39. Le 15 septembre 2005, le Docteur K_____ a transmis au Tribunal de céans le résumé d'intervention du CTB de la Servette. Sous la plume de la Doctoresse L_____, ce centre a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques et d'état de stress post-traumatique. Le patient a été soigné au CTB du 17 septembre au 3 novembre 2004. Il y avait été adressé pour la prise en charge d'un état dépressif avec idéation suicidaire dans un contexte de stress multifactoriel. Il vivait une situation familiale et sociale difficile. Après quatre ans de séparation de sa femme, la procédure de divorce avait débuté en septembre 2004. Parallèlement, la rente d'invalidité avait été supprimée, de sorte que sa situation financière était précaire. Le deuxième enfant de sa seconde femme au Kosovo venait de naître en octobre 2004. L'anamnèse fait également état que l'assuré a été emprisonné à plusieurs reprises, battu et humilié, jusqu'à ce qu'il décidât d'émigrer. Sur le plan social, il était suivi par un assistant social. L'évolution de son état de santé était globalement favorable. En début de prise en charge, il présentait une tristesse marquée avec perte d'espoir en l'avenir et idéation suicidaire intense. Le vécu traumatique était très présent sous forme de reviviscences, accompagnées de fortes crises d'angoisses, réactions de sursaut, sentiment de détachement, évitement de certaines situations. Il ne souhaitait pas élaborer plus en profondeur ce vécu, mais vers la fin de la prise en charge, une amélioration thymique lui permettait une meilleure gestion des anxiétés et d'autre symptômes intrusifs. Le sommeil était également amélioré. Il n'y avait plus d'idées suicidaires mais les anxiétés continuaient d'être présentes, ainsi que les "flash-back", les réactions de sursaut et les cauchemars.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la LPGA relatives notamment à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (ci-après : LAI).

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

3. La LPGA, est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et a entraîné la modification de nombreuses dispositions en particulier dans le domaine de l'assurance-invalidité. La législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 demeure cependant déterminante en l'espèce. En effet, d'après la jurisprudence, la législation applicable, en cas de changement des règles de droit, reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 166 consid. 4b).

   En revanche, en ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Le présent recours avant été déposé dans les forme et délai imposés par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. Le recourant fait en premier lieu valoir que la décision du 3 août 2004, par laquelle l'intimé a supprimé sa rente, constitue en réalité une reformatio in pejus dans le cadre de la procédure de l'opposition formée initialement à la décision du 11 mars 2003 de l'intimé, par laquelle celui-ci lui avait accordé un quart de rente. Il reproche à l'intimé d'avoir violé, dans cette procédure, le droit d'être entendu, dans la mesure où celui-ci a procédé à une reformatio in pejus sans lui avoir donné l'occasion de retirer ses objections.

   Selon la jurisprudence, il y a reformatio in pejus, lorsqu'il est certain, sur la base des considérants impératifs de la décision de renvoi, que la situation de l'assuré s'aggravera au cours de la nouvelle procédure administrative (DTA 1995 n° 23 p. 138 et 139 consid. 3 ; RCC 1988 p. 650 consid. 2 b).

   Tel n'est cependant pas le cas en l'occurrence. En effet, par décision sur opposition du 12 août 2003, l'intimé n'a pas annulé sa décision du 11 mars 2003 octroyant au recourant un quart de rente. Il l'a au contraire confirmée, tout en acceptant de reprendre la procédure d'instruction, afin d'examiner si l'assuré pourrait prétendre à des prestations supérieures. Ainsi, jusqu'à la nouvelle décision, le recourant était assuré de pouvoir bénéficier du quart de rente, dès lors que la nouvelle décision

prise ne devait en principe porter que sur l'examen d'éventuelles prestations supérieures. Par ailleurs, par sa décision de suppression de rente du 3 août 2004, l'OCAI n'a pas annulé la rente avec effet rétroactif, mais uniquement pour l'avenir. Or, s'il y avait lieu de considérer que la procédure de renvoi s'inscrivait dans la première procédure d'opposition, l'intimé aurait dû refuser tout droit à une rente avec effet rétroactif au début de l'arrêt de travail. Ainsi, la nouvelle décision du 3 août 2004 de l'OCAI ne fait plus partie de la précédente procédure d'opposition initiée par le recourant.

Enfin, même si l'intimé avait informé le recourant de son intention de supprimer la rente, celui-ci n'aurait pas pu empêcher ce résultat en retirant ses objections, dès lors que la procédure d'opposition contre la première décision du 11 mars 2003 était close. La situation n'aurait de surcroît pas été différente en cas de retrait de la première opposition. En effet, l'office de l'assurance-invalidité reste dans cette hypothèse également libre de procéder à une révision de la décision avec effet ex-nunc et pro futuro (ATF 127 V 469 consid. 2 c).

6. Selon l'art. 17 LPGA en vigueur depuis le 1er janvier 2003 (qui n'a pas modifié les conditions de la révision du droit à la rente ; ATFA du 30 avril 2004 en la cause I 626/03), 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Si les conditions de l'art. 17 LPGA font défaut, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force peuvent en outre être révisées, au cas où l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient pas être produits auparavant, en vertu de l'art. 53 al. 1 LPGA.

Enfin, aux termes de l'al. 2 de cette disposition, l'assureur peut en tout temps 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.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se baser sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc). La reconsidération permet non seulement de corriger une application initiale erronée du droit, mais également une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision doit être considérée comme sans nul doute erronée, lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées ou lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p.158 consid. 3c). Au regard de la sécurité juridique, la reconsidération ne doit cependant pas devenir un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. L'administration n'est notamment pas habilitée à procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Une inexactitude manifeste ne peut par conséquent pas 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 éléments, et que l'appréciation de ces conditions peut être justifiée dans son résultat, compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (ATFA du 17 août 2005, cause I 545/02, p. 5 s. consid. 1.2; du 19 décembre 2002, cause I 222/02, consid. 3.2).

7. En l'espèce, une amélioration de l'état de santé du recourant n'est pas alléguée, de sorte qu'une révision de la décision du 12 août 2003 sur la base de l'art. 17 LPGA n'entre pas en ligne de compte. Les conditions d'une révision procédurale ne sont pas non plus remplies, dans la mesure où aucun fait ou moyen de preuve nouveau n'a été découvert, sauf éventuellement le remariage du recourant en 2002. L'expertise psychiatrique aurait par ailleurs déjà pu être diligentée lors de la première procédure d'opposition. Ainsi, l'intimé pouvait uniquement procéder à une modification de la décision sur opposition, octroyant un quart de rente, par la voie de la reconsidération. Il convient dès lors d'examiner si cette décision était manifestement erronée, sur la base de l'état de fait et de la pratique applicable à cette date.

   Lorsque l'OCAI a rendu sa décision de rente le 12 août 2003, il ne disposait d'aucune expertise médicale, mais uniquement des rapports des médecins traitants du recourant, ainsi que du rapport OSER du 31 juillet 2002. Le recourant n'avait notamment pas fait l'objet d'une expertise psychiatrique, lorsque cette première décision a été rendue. Or, en raison du diagnostic posé, à savoir le trouble somatoforme douloureux, une appréciation de l'état psychique de l'assuré par un spécialiste s'imposait. En effet, selon la jurisprudence en la matière, un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie -

tels des troubles somatoformes douloureux- est une condition juridique nécessaire pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 353 consid. 2.2.3). La procédure d'instruction a donc été incomplète et non conforme aux règles jurisprudentielles qui existaient déjà au moment de la décision du 12 août 2003. On ne saurait dès lors admettre a priori que l'appréciation des conditions du droit aux prestation peut être justifiée dans son résultat.

Encore faut-il toutefois que l'appréciation effectuée à l'époque par l'administration paraisse manifestement erronée à la lumière des examens psychiatriques dont le recourant a fait l'objet depuis la décision sur opposition du 12 août 2003. Il convient à cet égard de relever que le recourant ne souffre sans conteste d'aucune atteinte somatique invalidante, de l'avis des médecins consultés, de sorte que seul le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux doit être apprécié.

8. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'un trouble somatoforme douloureux est certes nécessaire, mais ne constitue cependant pas encore une base suffisante pour admettre le caractère invalidant d'une limitation de la capacité de travail (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René SCHAFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de

l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

9. En l'occurrence, l'état psychique de l'assuré a fait l'objet de deux rapports complets par les Docteurs J_____ et K_____. Le premier arrive à la conclusion que le recourant ne présente aucune affection psychique ayant valeur de maladie. Quant au Docteur K_____, il diagnostique un état dépressif sévère, en rémission partielle sous traitement, un état de stress post-traumatique, actuellement au second plan, un syndrome douloureux somatoforme persistant et une modification durable de la personnalité après une expérience de traumatisme. Ces atteintes provoquent une incapacité de travail à 100%, de l'avis de ce praticien. Les conclusions de ces deux médecins sont dès lors contradictoires.

   S'agissant de l'expertise du Docteur J_____, il est étonnant que le recourant ne lui ait apparemment pas parlé de ses expériences traumatisantes vécues à l'adolescence, lorsqu'il a été emprisonné et placé dans une maison éducative, puis enrôlé dans l'armée pour combattre des compatriotes albanais. Au vu des oppressions, maltraitements et persécutions que le recourant dit avoir subis, il ne peut cependant pas être totalement exclu qu'il ait développé une méfiance particulière envers l'autrui, comme cela a été relevé par les Docteurs D_____ et K_____, et qu'il soit resté pour cette raison sur ses gardes vis-à-vis de l'expert mandaté par l'intimé, de sorte qu'il n'a pas pu lui confier la totalité de son vécu. Cependant, même en admettant l'existence réelle de ces expériences traumatisantes et en considérant dès lors que l'anamnèse du Docteur J_____ est incomplète, il convient de tenir compte des constatations objectives de son rapport, lesquelles ne sont par ailleurs pas contestées, même si la Doctoresse D_____ estime que c'est précisément l'affection psychique du recourant qui

lui fait adopter des attitudes inadéquates. Il n'en demeure pas moins que le Docteur J_____ a constaté que le recourant ne prenait pas son traitement antalgique, ce qui est pour le moins surprenant pour un malade qui déclare souffrir de douleurs insupportables et permanentes. Quant au traitement anti-dépresseur, les analyses du Docteur J_____ ont également démontré qu'il n'était pas suivi. Cependant, d'une part le recourant semble s'être finalement soumis à un tel traitement, dans le cours de la seconde procédure d'opposition, et, d'autre part, il peut lui être concédé qu'il avait un a priori excusable contre des psychotropes en raison des traumatismes qu'il dit avoir vécus. Dans les constatations objectives, il y a également à relever que le Docteur J_____ a indiqué que le recourant avait enlevé ses deux pulls et sa ceinture de soutien, puis s'était rhabillé sans paraître véritablement limité dans ses différents mouvements ou spécialement algique.

Le Docteur K_____ diagnostique un état dépressif majeur depuis fin 1999, tout en admettant que cette atteinte était en rémission partielle sous traitement. Cependant, il a indiqué que le recourant s'était remarié en 2002 et que les époux ont eu un enfant en 2003. Or, il paraît difficilement concevable qu'une personne déprimée au point de ne pas pouvoir travailler ait l'envie et soit en mesure de séduire une personne, ainsi que de l'épouser. Un tel comportement dénote à l'évidence une vitalité certaine en contradiction avec un trouble dépressif majeur. Au vu de cette circonstance, il convient de considérer que, en 2002 du moins, le recourant ne pouvait certainement plus être qualifié de dépressif.

Il est vrai que, immédiatement après que l'intimé ait supprimé le quart de rente le 10 septembre 2004, le recourant a fait une décompensation sévère, nécessitant son hospitalisation partielle au CTB. Toutefois, il n'est pas contesté que son trouble dépressif s'est nettement amélioré sous traitement, comme l'admet également le Docteur K_____. Cette expérience a par ailleurs eu l'effet positif de contraindre le recourant non seulement, semble-t-il, de suivre un traitement médicamenteux, mais également d'accepter d'élaborer, dans une certaine mesure, ses expériences traumatiques. Ainsi convient-il de considérer que cette aggravation de l'état psychique de l'assuré n'a été qu'éphémère et qu'il ne saurait aujourd'hui être considéré qu'il souffre d'un trouble dépressif majeur engendrant à lui seul une incapacité de travail. Par ailleurs, ce trouble ne peut non plus être considéré comme une comorbidité grave au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral précité, dès lors que les troubles dépressifs sont considérés comme une manifestation d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux.

En ce qui concerne les diagnostics de modification durable de la personnalité, le Docteur K_____ lui-même pondère ce diagnostic et admet qu'il peut être contestable, dans la mesure où le traumatisme est intervenu en l'occurrence à l'adolescence, avant que les traits stables de personnalité aient pu se former. Au vu de ces considérations, cette comorbidité ne peut pas être admise comme étant établie avec un degré de vraisemblance prépondérante.

Quant aux autres critères élaborés par le Tribunal fédéral des assurances, il convient de constater que, hormis des douleurs, l'assuré ne souffre d'aucune affection physique chronique. S'agissant des douleurs, celles-ci n'ont par ailleurs pas pu être objectivées et ne paraissent à vrai dire pas non plus très crédibles en l'absence d'une prise d'antalgiques, au vu des constatations Docteur J_____, lorsque le recourant s'est déshabillé et rhabillé, et en l'absence d'une limitation de la mobilité lombaire qui a été jugée bonne par le Docteur C_____ (cf. lettre du 25.02..2000 à la Doctoresse D_____). Par ailleurs, les épisodes d'hypoesthésie de l'hémicorps gauche et les céphalées sont totalement invérifiables. Il y a également à relever que la chute que le recourant aurait faite en 2000 dans sa salle de bains et qui aurait provoqué une perte de connaissance, n'est documentée par aucun rapport médical et semble reposer uniquement sur les dires du recourant, repris ensuite par les médecins consultés. Par ailleurs, les examens ophtalmologiques et neurologiques n'ont mis en évidence aucune anomalie. Le recourant ne subit en outre pas une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il ne peut non plus être admis qu'il souffre d'un état psychique cristallisé sans évolution possible sur le plan thérapeutique. Au contraire, son état psychique a pu s'améliorer ces dernières années sous traitement médicamenteux et à l'aide des entretiens psychothérapeutiques. Quant au critère de l'échec des traitements ambulatoires et stationnaires conformes aux règles de l'art et des mesures de réhabilitation, il ne saurait être retenu en l'absence de motivation et d'efforts du recourant pour surmonter les douleurs.

10. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que l'allégation des douleurs n'est en l'occurrence de loin pas confirmée par les observations médicales concluantes. Il existe au contraire bon nombre de discordances entre le comportement du recourant et les constatations objectives qui ne peuvent pas uniquement être attribuées à un éventuel dysfonctionnement psychique. Il convient ainsi de considérer que les conditions précitées pour une reconsidération sont réunies, dès lors que la décision sur opposition du 12 août 2003 de l'intimé a été prise en violation des règles établies par le Tribunal fédéral des assurance et qu'elle paraît manifestement erronée, sur la base des nouvelles investigations médicales. L'intimé était ainsi en droit de revenir sur celle-ci.

11. Cela étant, le recours sera rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Maya CRAMER

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