REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1980/2006 **ATAS/158/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 23 janvier 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à CAROUGE - GENEVE, représenté par FORUM SANTE Mme Christine BULLIARD dans les bureaux duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Valérie MONTANI et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur A_____, né le 1960 au Kosovo, est venu en Suisse en 1982. Il travaillait comme champignonniste depuis 1986, lorsqu'il a été victime d'un accident le 16 juillet 1992, tombant en arrière sur le dos alors qu'il tirait une remorque pour l'accrocher à un tracteur.

2. Il a consulté la Dresse B_____, médecin traitant, le même jour, laquelle a posé un diagnostic d'entorse cervico dorso-lombaire.

3. Il a par ailleurs été examiné, sur demande de la Bâloise Assurances, par le Dr C_____ en février 1993. Selon ce médecin, les modifications radiologiques signalées sont de faible importance et n'expliquent absolument pas la symptomatologie douloureuse. Aucune lésion de nature traumatique n'est visible. Le médecin considère qu'il y a, soit exagération de la symptomatologie, soit une affection vertébrale d'origine accidentelle dont le diagnostic n'a pas été posé. Une reprise du travail à 100% lui parait quoi qu'il en soit peu vraisemblable dans un avenir proche, étant donné la symptomatologie.

4. L'assuré a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande le 28 juillet 1993 visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

5. Il résulte d'un rapport rédigé le 12 août 1993 par un médecin du Département de médecine physique et de rééducation des "établissement hospitalier" et adressé à la Dresse B_____, que l'assuré souffre d'une dysfonction cervicale haute et d'un syndrome de stress post-traumatique.

6. Mandaté par l'OCAI, le Dr D_____, psychiatre FMH, a établi une expertise le 6 avril 1994. Il rapporte que l'assuré se plaint de douleurs dans toute la colonne vertébrale, de la nuque au bas des lombaires. Il retient une structure hystéro-abandonnique chez une personnalité compensée. Il considère que le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique est manifestement exagéré, qu'en fait il s'agit d'une évolution sinistrosique évidente chez un patient jouant à la névrose post-traumatique. Il conclut ainsi à une capacité entière de travail et estime qu'une réadaptation professionnelle devrait être tentée, "dans la mesure où il est vrai que les conditions de travail dans lesquelles il a été sont difficiles."

7. La Bâloise Assurances a confié au Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, le soin de procéder à une expertise de l'assuré. Il résulte ainsi du rapport du 15 avril 1994, que le patient souffre de rachialgies mécaniques chroniques en relation avec des troubles dégénératifs vertébraux mineurs, une anomalie de transition et une rétraction marquée des ischio-jambiers qui entravent fortement le rythme lombo-pelvien, que cette symptomatologie douloureuse

d'origine purement algo-dysfonctionnelle, se complique d'un état anxio-dépressif. Il ne partage pas l'avis du Dr C_____ s'agissant de la capacité de travail du patient, dans la mesure où il considère que l'on ne peut conclure à une entière capacité de travail avec "effet rétroactif". Le Dr C_____ affirmait en effet le 29 octobre 1993 que la capacité de travail du patient était totale depuis le 10 février 1993. Le Dr E_____ évalue la capacité de travail à 100%, tout en admettant, à l'instar du Dr D_____, que l'activité professionnelle ultérieure ne peut être aussi pénible que celle qui a été exercée jusqu'à présent, ajoutant que "les ressources de ce patient débrouillard et pourvu d'un bon bagage intellectuel ne peuvent que favoriser le succès d'une réadaptation".

8. Le Dr F_____, rhumatologue FMH, auquel la Dresse B_____ a adressé son patient, a indiqué dans un courrier du 17 août 1994 que celui-ci présentait un syndrome douloureux chronique du rachis prédominant au niveau du rachis cervical, qui a débuté en juillet 1992 suite à un traumatisme plutôt mineur à son lieu de travail. Il a ajouté que ce diagnostic était à prendre au sens psychosomatique du terme, en ce sens qu'il était indéniable que la dimension psychosociale et affective jouait un rôle important dans la genèse du syndrome douloureux chronique.

9. L'assuré a été soumis à une observation professionnelle dans le cadre du Centre d'intégration professionnelle de l'AI - COPAI, du 10 octobre au 4 novembre 1994. Il a été constaté que sa capacité physique présentait des déficiences trop importantes pour exercer une activité manuelle, d'autre part les points d'appui fonctionnels n'étaient pas adéquats pour une activité de type tertiaire. Il a été observé que le stagiaire était enfermé dans des problèmes personnels. S'agissant du rendement exploitable fourni durant le stage, il a été évalué à un taux de 32% dans les travaux techniques et pratiquement de 0% dans les travaux de type tertiaire. Il a ainsi été proposé de mettre l'assuré au bénéfice d'un stage de réentraînement au travail dans le cadre des ateliers de la fondation PRO par exemple.

   Le 23 novembre 1994, le Dr G_____ du COPAI a affirmé que le syndrome douloureux chronique dont le patient souffrait ne devrait pas l'empêcher de reprendre une activité professionnelle à condition que celle-ci ne soit pas trop exigeante sur le plan des efforts physiques. Il propose une reprise d'activité en milieu protégé dans un premier temps mais conclut que ce projet aurait une utilité plus théorique que pratique vu que le patient souffre de sinistrose.

   Il relève aussi qu'il est vraisemblable que l'injonction de reprendre une activité adaptée se solde par un passage ultérieur au chômage de longue durée et que, si le problème de l'assurance-invalidité sera par ce fait résolu, les difficultés psychosociales de l'assuré se choniciseront.

10. Dans une note du 17 mars 1995, le Dr H_____ considère, sur la base du rapport du Dr D_____ et du Docteur C_____, que l'assuré ne souffre

d'aucune atteinte à la santé ayant valeur de maladie. Il considère qu'il faut nier toute crédibilité au rapport du médecin traitant la Dresse B_____ lorsque celle-ci fait mention d'une "entorse cervico dorso-lombaire" car une telle atteinte aurait nécessité un grand traumatisme. Il propose dès lors de refuser toute prestation. Il précise encore qu'il a soumis pour appréciation les rapports du Dr G_____ et du COPAI au Dr D_____. Celui-ci n'est pas étonné de l'issue de l'observation professionnelle et se déclare d'accord avec sa proposition.

11. Le 3 juin 1995, le Dr H_____ a apporté un complément à sa note suite à la production du rapport du Dr F_____ du 17 août 1994, et du Dr I_____ (gastro-entérologue) du 19 août 1994. Ce dernier fait état de troubles fonctionnels liés à un état dépressif et exclut une lésion gastrique. Le Dr H_____ a déclaré qu'il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux remettant en cause son appréciation antérieure, puisque l'échec des mesures de réadaptation professionnelle sont à mettre en relation avec une névrose de revendication.

12. Dans son rapport du 18 décembre 1995, la division de réadaptation professionnelle, après nouvel examen et au vu de ce qui précède, a proposé de refuser toute prestation à l'assuré, au motif que la sinistrose ne pouvait être prise en compte, et rappelant que le stage au CIP, entrepris comme mesure d'instruction pour clarifier les capacités de travail physiques et intellectuelles de l'assuré, avait d'ailleurs démontré que l'assuré était aux prises avec des problèmes d'ordre personnel qui entravaient sa réadaptation.

13. Dans un rapport intermédiaire du 5 janvier 1996, la Dresse B_____ a indiqué que l'état de santé de son patient allait en s'aggravant. Elle pose les diagnostics suivants: état anxio-dépressif aigu, UGD, polyinsertionite, cervico-dorso-lombalgies chroniques, discopathie C2-C3, canal cervical et lombaire étroit, prostatite chronique, problèmes gastriques importants. Elle confirme le taux d'incapacité de travail à 100% à compter du 16 juillet 1992.

14. Le 8 mars 1996, l'OCAI a informé l'assuré qu'il n'entrait pas en matière au sujet de sa demande de prise en charge d'une orientation professionnelle, au motif qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 10 juillet 1992 et les troubles dont il souffre, et qu'il était tout à fait en mesure de reprendre une activité dans un domaine professionnel plus léger. L'assuré a été entendu le 3 avril 1996 et a contesté ce refus. Aucune décision reprenant ce projet n'a été notifiée.

15. Le 3 février 1998, la Dresse B_____ a repris les mêmes diagnostics, en y ajoutant une fracture du 5ème métatarse droit et une entorse moyenne de la cheville droite survenues lors d'une chute le 25 septembre 1997.

16. Le Dr J_____, orthopédiste, spécialiste FMH, a déclaré dans un rapport adressé à l'OCAI le 1er juillet 1998, que son patient présentait une entorse de la

cheville droite, une fracture légèrement déplacée du 2ème métatarse droit et d'un névrome de Morton du (…illisible…) pied droit.

17. Le 26 mars 2000, la Dresse B_____ a indiqué qu'elle avait adressé son patient à "établissement hospitalier" suite à l'aggravation de son état de santé, et produit un rapport établi le 3 janvier 2000 par le Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur. Il résulte de ce rapport que

    "*L'assuré* présente un status post-fracture de la base du 5ème métatarsien D en 1997, dans un contexte d'état anxio-dépressif chronique déjà suivi en 1994 à l'IUPG et de cervicalgies chroniques depuis 1992. Les différents bilans radiologiques (IRM et Rx standards) parlent en faveur d'une fracture de la base du 5ème métatarsien mal consolidée. Une scintigraphie faite ce printemps est normale selon le rapport en votre possession. La symptomatologie actuelle avec un pied D rouge, transpirant, avec des douleurs mixtes, nociceptives (palpation douloureuse, charge douloureuse) et neurogènes (brûlures lors du contact avec les draps, douleurs nocturnes, lancées, fourmillements) évoque comme diagnostic différentiel une pseudo-arthrose (avec une composante neurogène importante) ou une algoneurodystrophie (mais sans lésion radiologique évocatrice). Dans ce sens on pourrait évoquer un CRPS (complex regional pain syndrome), syndrome proche de l'algoneurodystrophie se manifestant par une symptomatologie de douleurs neurogènes par atteinte des petites fibres, une absence de lésions radiologiques et l'association de sudations et de troubles vasculaires signant une réinervation sympathique des fibres nerveuses lésées".

    Le Dr K_____, chef de clinique à la Clinique et policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur des "établissement hospitalier", a expliqué à la Dresse B_____, par courrier du 28 mars 2000, qu' "en définitive le problème douloureux du pied droit que présente l'assuré n'est en aucun cas du ressort de la chirurgie. Toute intervention chirurgicale à ce niveau nous mènerait droit à la catastrophe. Comme le précise la Dresse. L_____ dans sa lettre, nous pensons qu'il s'agit d'un syndrome douloureux proche de l'algoneurodystrophie, très certainement aggravé par le contexte psychologique particulier du patient".

18. L'assuré a été examiné au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI) de Lausanne les 14, 22 et 31 août 2001. Un rapport d'expertise a été établi le 30 novembre 2001. Les Drs M_____ et N_____ se sont dits frappés par l'évolution extrêmement défavorable suite à un premier accident devant être considéré somme toute comme banal. Ils constatent cependant que, rapidement après la communication d'un projet de décision de l'Office AI de Genève en mars 1996 refusant toute prestation, le patient reprend spontanément une activité lucrative comme chauffeur-livreur d'abord à 50% pour des raisons conjoncturelles et par la suite à temps complet avant de présenter un deuxième accident dont l'évolution d'habitude est extrêmement favorable mais qui dans son

cas a entraîné une persistance de plaintes subjectives extrêmement importantes en dépit des constatations objectives rassurantes. Ils rappellent qu'un diagnostic précis et certain d'algoneurodystrophie n'a jamais pu être posé dans les suites du deuxième accident.

Ils retiennent les diagnostics suivants: syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme de douleurs diffuses au niveau de l'appareil locomoteur (en particulier en ce qui concerne le pied droit, la zone cervicale, la zone des omoplates et la zone lombaire et épisode dépressif d'intensité sévère. Ils ont également mentionné, mais sans influence essentielle sur la capacité de travail, un status post-contusion de la colonne vertébrale (10 juillet 1992), un status post-fracture de la base du 5ème métatarsien droit (25 septembre 1997), des épigastralgies et un status post-ulcère bulbaire récidivant.

Ils précisent que sur le plan somatique et notamment rhumatologique, le tableau clinique observé leur paraît pathognomonique d'un syndrome somatoforme douloureux persistant selon les critères du DSM-IV ou de la CIM-10. Plusieurs discordances importantes, ainsi que des autolimitations chez un patient très démonstratif ont été remarquées lors de l'examen clinique. Celles-ci font vraisemblablement partie du tableau clinique du trouble somatoforme douloureux persistant sans qu'il y ait d'élément clair parlant en faveur d'une simulation. Il est difficile d'expliquer une limitation majeure de la mobilité de la colonne cervicale dans tous les plans, au vu de l'IRM du rachis cervical pratiquée le 4 avril 2001 qui n'a pas montré de lésion significative. Cet examen ne révélait qu'un pincement des espaces intersomatiques C2-C3 et C3-C4 avec protrusion discales appuyant sur la partie antérieure droite du fourreau dural et rétrécissant partiellement les trous de conjugaison à droite, toutefois sans compression radiculaire. Les douleurs cervicales qui s'étaient bien améliorées, en permettant une reprise d'activité lucrative à 100% avant le deuxième accident, sont réapparues après celui-ci sans notion d'aucun nouveau traumatisme cervical.

Les experts ont pris contact avec la Dresse O_____, médecin assistant à l'IUPG, laquelle a suivi l'assuré depuis 1999. Ce médecin a déclaré qu'elle avait toujours eu en face d'elle un patient déprimé, anxieux, présentant des troubles du sommeil et de la concentration, que le traitement antidépresseur s'était révélé plutôt inefficace jusqu'à présent, tout comme quelques séances d'hypnose. Elle a confirmé le conflit de couple. Elle retient le diagnostic d'état dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen.

L'experte psychiatre quant à elle a posé le diagnostic de trouble somatoforme persistant grave et de trouble dépressif récurrent actuellement épisode sévère. Elle relève que les ressources de l'expertisé semblent épuisées, que l'étayage familial et social est faible, qu'en effet il présente un important retrait social, dit ne plus avoir d'amis, ne plus sortir, ne jamais partir en vacances et ne plus supporter le bruit et le

contact avec les autres. Selon l'experte, le trouble somatoforme douloureux est important et au vu de son histoire médicale on peut considérer que la maladie est actuellement fixée. Les ressources thérapeutiques semblent épuisées avec une simple stabilisation des symptômes, malgré un suivi psychiatrique. Elle considère ainsi que l'incapacité de travail est de 70%.

Lors du consilium toutefois, les experts du COMAI se sont mis d'accord sur le fait que s'il est vrai qu' "à l'occasion de notre expertise, les critères pour un état dépressif sévère peuvent être remplis sur la base de la façon dont le patient se présente et décrit ses symptômes psychiques, nous devons relever le fait que, selon la Dresse O_____, psychiatre qui connaît bien le patient en dehors d'un contexte d'expertise, l'ayant pas ailleurs suivi auparavant dans le cadre de la consultation de la douleur des "établissement hospitalier", l'intensité de l'état dépressif est estimée comme moyenne. L'observance thérapeutique est par ailleurs insuffisante comme mentionné plus haut. Tout en présentant actuellement des ressources adaptatives fortement diminuées, il semble garder un certain étayage familial, en dépit des tensions conjugales. Si *l'assuré* a été en mesure de reprendre une activité lucrative à temps plein après un premier refus de prestations, il convient de relever que cette période a été brève et s'est rapidement soldée par un échec, avec une répétition ou réactivation de l'évolution extrêmement défavorable qui avait suivi le premier accident. Cette chronologie peut probablement témoigner d'une fragilité importante sur le plan psychique, sans qu'un diagnostic formel de trouble de la personnalité ne puisse toutefois être retenu.

Aussi les experts ont-ils considéré que l'assuré présentait une capacité résiduelle de travail de l'ordre de 30% dans le cadre d'une activité adaptée (pas de travaux lourds, pas de port répétitif de charge supérieure à 5 - 10 kg, pas d'activité nécessitant des stations debout prolongées au-delà d'une heure sans possibilité de se détendre un moment", ce depuis le mois de septembre 1997, date du deuxième accident. Ils ajoutent que la capacité de travail ne pourrait être améliorée par des mesures médicales, ni par des mesures d'ordre professionnel et qu'un reclassement professionnel ne serait pas judicieux.

19. Dans une note du 12 décembre 2001, le médecin psychiatre conseil de l'OCAI, sur cette base, a constaté qu'il convenait d'admettre une incapacité totale de travail.

20. Mandaté par la NATIONALE SUISSE ASSURANCES, le Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a quant à lui posé, dans son rapport du 21 juin 2002, les diagnostics suivants: "trouble de conversion hystérique post-traumatique, épisode dépressif majeur de sévérité moyenne chronique, personnalité passive-dépendante (immature) à traits narcissiques, status post accident professionnel du 27 septembre 1997 et inadaptation socioculturelle; difficultés familiales et conjugales".

Le Dr P_____ a observé que d'un point de vue psychopathologique, l'assuré présentait un tableau clinique qui évoquait un état dépressif de sévérité moyenne à forte composante anxieuse. Il l'a qualifié de chronique puisqu'il persiste depuis plus de deux ans. Il a constaté une bonne observance au traitement, tout en affirmant que l'assuré n'a répondu que très partiellement au traitement médical prescrit.

Le médecin a décrit le tableau clinique comme étant dominé actuellement par une symptomatologie douloureuse atypique qui, après avoir débuté au pied droit évolue vers une forme de "totalgies", étant donné qu'il présente actuellement des douleurs lombaires et cervicales, associées à toute une cohorte de symptôme neurologiques atypiques, tels des paresthésies, hypoesthésies du pied droit, du bras droit et d'un trémor apparu sans facteur déclenchant, accompagné de troubles visuels et de vertiges aspécifiques. Selon lui, la description des plaintes, leur nature, leur topographie et le résultat du bilan somatique extensif réalisé qui s'est avéré parfaitement rassurant, prouvent leur nature en grande partie non organique et la faible prise d'antalgiques indique bien que la douleur est plus psychique que somatique.

21. Le 26 septembre 2002, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision, dans lequel il relève que celui-ci a été engagé le 1er mai 1996 en qualité de magasinier à raison de six heures par jour et dès le 31 juillet 1997 à plein temps comme chauffeur-livreur, et constate dès lors qu'aucune perte de gain ne peut être mise en évidence. Rappelant toutefois qu'il avait été victime d'un second accident le 25 septembre 1997 lors d'une livraison effectuée dans le cadre de son activité de chauffeur-livreur et qu'il était en incapacité totale de travailler depuis cette date, l'OCAI l'a mis au bénéfice d'une rente entière à compter du 25 septembre 1998.

22. Par courrier du 5 décembre 2002, le Dr H_____ a informé le Prof. Q_____ du COMAI, qu'il avait été observé qu'en automne 2001 l'assuré était capable de conduire un véhicule, de marcher sans problème sur une distance de 3 km sans pratiquement s'arrêter, et que lorsqu'il se présentait à un examen médical il portait une attelle de jambe et une minerve mais qu'il les enlevait quelques minutes plus tard. Le Dr H_____ demandait dès lors au Prof. Q_____ s'il estimait que ce comportement entrait dans le cadre d'un trouble de conversion hystérique post-traumatique.

Le Prof. Q_____ a répondu le 19 février 2003 comme suit:

"les renseignements complémentaires que vous nous donnez ne correspondent pas à proprement parler à une enquête sociale mais ils mettent en évidence le phénomène d'amplification dont nous avons déjà fait largement état dans notre rapport d'expertise. Il est évident que *l'assuré* devrait être confronté aux observations que vous nous transmettez.

En ce qui concerne votre question, s'il est vrai que le trouble somatoforme douloureux est assimilé, selon la nomenclature psychiatrique aux troubles du comportement, nous n'avons pas les éléments ici pour conclure à un trouble de conversion hystérique post-traumatique. Par ailleurs, ni la Dresse O_____, ni notre psychiatre consultante la Dresse R_____ n'ont fait état de traits hystériques, ni de troubles de conversion.

Enfin, je crois savoir qu'en tant que médecin conseil de l'AI, vous disposez d'une certaine marge d'appréciation sur la base des autres éléments que nous avons pu fournir dans notre rapport d'expertise. Comme vous le savez enfin, le contrat de prestation qui nous lie à l'OFAS stipule que nous accomplissons des expertises sur vos mandats mais les critères justificatifs d'une telle expertise sont bien précisés dans les directives AI. En l'occurrence, ces critères ne sont pas remplis dans le cas présent. C'est sans doute la raison pour laquelle plus de compétences ont été données aux offices AI avec la création des SMR compétents pour procéder à une appréciation médicale des assurés sur la base d'examens médicaux".

23. Par courrier du 18 janvier 2003, agissant au nom et pour le compte de l'assuré, l'ASSUAS prenant note de ce que le prononcé n'avait pas été transformé en décision définitive en raison de l'opposition faite par l'assurance-accidents, dont les conclusions étaient que l'intéressé pouvait exercer une activité allégée, et compte tenu de ce que l'assurance-maladie avait accepté de prendre le cas en charge, elle a prié l'OCAI de bien vouloir confirmer son prononcé et de mettre l'assuré au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er septembre 1998.

24. Le 4 juin 2003, Monsieur S_____, expert diplômé en assurances sociales, s'est inquiété à son tour auprès de l'OCAI de ce que son client restait sans nouvelle depuis le prononcé du 26 septembre 2002.

25. Invité à se déterminer, le SMR a rappelé, dans un avis du 5 décembre 2003, que l'assuré ne présentait aucune atteinte somatique l'empêchant de travailler, que les avis des différents psychiatres ne sont pas concordants, qu'il s'agisse de l'importance du ou des épisodes dépressifs et de l'existence ou non d'un trouble de la personnalité; retenu par le Dr P_____, un tel trouble n'est mentionné ni dans l'expertise du Dr D_____, ni par les psychiatres des "établissement hospitalier" ou du COMAI, alors que ces troubles sont présents dès le début de l'âge adulte. Aussi la Dresse S_____ du SMR considère-t-elle que tous ces éléments orientent au minimum vers une majoration des symptômes, voire une simulation et propose le refus de prestations AI.

26. Le 16 mars 2004, Maître Cécile RINGGENBERG prie l'OCAI de notifier à son client la décision prévue par le projet du 26 septembre 2002. Par courrier du 18 mai 2004, elle impartit à l'OCAI un délai au 31 mai 2004 pour ce faire.

27. Par décision du 27 mai 2004, l'OCAI reprend la première partie de son projet, rejetant sa demande de prestation mais pas la seconde partie, laquelle prévoyait l'octroi d'une rente entière à compter du 25 septembre 1998.

28. Le 29 juin 2004, l'assuré, représenté par Maître RINGGENBERG, a formé opposition à ladite décision.

29. Par décision sur opposition du 28 avril 2006, notifiée au mandataire de l'assuré l'OCAI, compte tenu des nombreuses divergences entre les divers avis médicaux recueillis, a confirmé son refus en se fondant sur son pouvoir d'appréciation.

30. L'assuré a, en personne, interjeté recours le 1er juin 2006 contre ladite décision. Il conteste que l'OCAI puisse rejeter sa demande en appréciant de manière arbitraire les éléments médicaux figurant au dossier sans ordonner une expertise pluridisciplinaire.

31. Le 20 juin 2006, FORUM SANTE s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assuré.

32. Dans sa réponse du 22 juin 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours.

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).

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

3. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

4. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où

les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

6. Le litige porte sur le point de savoir si l'atteinte à la santé dont souffre l'assuré permet de lui reconnaître un taux d'invalidité suffisant pour justifier l'octroi de prestation AI.

7. L'art. 4 al. 1 LAI définit l'invalidité comme étant la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

   Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

8. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible, conformément à la doctrine médicale (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

   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, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (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'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (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 SCHAUFFHAUSER /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).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique, le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175),

les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

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).

10. En l'espèce, tant les médecins des "établissement hospitalier" que ceux du COMAI ont diagnostiqué un syndrome douloureux persistant. Le Dr C_____ en 1993 constatait déjà que les modifications radiologiques signalées étaient de faible importance et n'expliquaient pas la symptomatologie douloureuse. En avril 1994, le Dr D_____ retenait une évolution sinistrosique. Lors du stage d'observation professionnelle dans le cadre du CIP effectué en octobre 1994, la sinistrose a également été évoquée. D'une façon générale, les médecins ont à l'unanimité constaté que l'assuré présentait des difficultés psychosociales, et considéré que le syndrome douloureux était aggravé par le contexte psychologique.

11. Il y a lieu de rappeler qu'après avoir été informé du prononcé du 8 mars 1996, aux termes duquel l'OCAI rejetait sa demande de prestations AI, l'assuré avait repris une activité lucrative dès le 1er mai 1996, à 50% d'abord pour des raisons conjoncturelles, puis à 100% dès le 31 juillet 1997. Il a cependant cessé toute activité lucrative dès le 25 septembre 1997, date à laquelle il a été victime d'un second accident.

    Seule la Dresse B_____, médecin traitant, a, depuis la demande de prestation, évalué l'incapacité de l'assuré à 100%.

    Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie 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).

Jusqu'au second accident survenu en septembre 1997, les médecins considéraient que l'assuré était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée. Puis les médecins du COMAI, après avoir diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux et un état dépressif d'intensité moyenne, ont évalué la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée depuis septembre 1997 à 30%. C'est sur ce taux que s'est fondé l'OCAI pour rendre son projet de décision du 26 septembre 2002, accordant à l'assuré une rente entière à compter du 25 septembre 1998. Ce projet n'a toutefois pas été confirmé, puisque l'OCAI se référant à l'avis du SMR du 5 décembre 2003 notamment, a finalement, par décision du 27 mai 2004, refusé toute prestation.

12. Il y a lieu d'observer que par l'acte du 26 septembre 2002, l'OCAI a informé l'assuré qu'il était prévu de lui accorder une rente entière d'invalidité depuis le 26 septembre 1998, étant précisé qu' "avant de notifier la décision munie des moyens de droit, nous vous donnons la possibilité de nous apporter dans les deux semaines, par écrit ou verbalement, vos objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. A l'échéance de ce délai, la caisse de compensation procédera au calcul des prestations".

Ainsi, si l'assuré ne se manifestait pas dans le délai de deux semaines indiqué, il devait s'attendre à recevoir une décision formelle reprenant mot à mot le projet, soit en l'espèce l'octroi d'une rente dès le 26 septembre 1998.

Sans nouvelles de l'OCAI, il l'a du reste relancé, par l'intermédiaire des mandataires, ce à trois reprises, les 18 janvier et 4 juin 2003 et le 16 mars 2004. Non seulement l'OCAI n'a répondu à aucun de ses courriers, il lui a de surcroît notifié le 27 mai 2004, soit presque deux ans après le projet de décision, une décision contraire lui refusant tout droit à des prestations.

Le droit à la protection de la bonne foi, déduit de l'art. 4a Cst., est expressément consacré à l'art. 9 Cst. Selon la jurisprudence rendue sous l'ancien droit, qui est toujours valable (ATF 127 I 36 consid. 3a, 126 II 387 consid. 3a; RAMA 2000 n° KV 126 p. 223), l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et elle ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part. Le citoyen peut ainsi exiger de l'autorité qu'elle se conforme aux promesses ou assurances qu'elle lui a faites et ne trompe pas la confiance qu'il a légitimement placée dans celles-ci. De la même façon, le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement de l'administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 381 consid. 7.1 et

les nombreuses références citées). Pour cela, les conditions cumulatives suivantes doivent être réunies : il faut que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de sa compétence, que l'administré n'ait pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, qu'il se soit fondé sur celui-ci pour prendre des dispositions qu'il ne saurait modifier sans subir un préjudice, enfin, que la loi n'ait pas changé depuis le moment où le renseignement a été donné (ATF 121 V 66 consid. 2a et les références).

L'autorité agit de façon contraire au principe de la confiance lorsqu'elle a un comportement contradictoire (ATF 105 Ia 126 *ThéodoloZ;* 108 V 88 *CNA;* 111 V 87 *Schneider)*, lorsqu'elle fournit sciemment des renseignements inexacts ou incomplets, ou lorsqu'elle n'avertit pas un administré qui la consulte que la loi est sur le point de changer (Zbl 181, p. 316 ss).

Le principe de la confiance interdit, en outre, à l'administration de proposer à l'administré une solution acceptable à tous deux pour, ensuite, ne pas respecter la solution ou en tirer une conséquence que l'administré ne pouvait ni ne devait prévoir (ATF 98 Ib 503 où un terrain avait au cours d'une entreprise de remaniement parcellaire, été attribué comme terrain à bâtir, puis avait été frappé d'une interdiction de déboiser; ATF 97 I 498/9).

En l'espèce, l'OCAI a indiqué à l'assuré que sans nouvelle de sa part dans un délai de deux semaines, il recevrait une décision formelle lui accordant le droit à une rente entière dès le 26 septembre 1998. Force est de constater, que durant presque deux ans, l'assuré n'avait aucune raison de penser qu'il n'aurait pas droit à la prestation annoncée, que dans ces conditions il a naturellement pris des dispositions qu'il n'aurait pas envisagées s'il ne s'était pas fié au projet de décision. En conséquence il doit être protégé dans la confiance qu'il a placée dans l'acte qui lui a été notifié le 26 septembre 2002 et doit, partant, être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès le 26 septembre 1998.

13. Il y a dans ces conditions lieu de constater qu'en notifiant sa décision du 27 mai 2004, l'OCAI a procédé à une révision.

14. Aux termes de 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 (art. 41 LAI).

L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, 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.

Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 RAI).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

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 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

Il n'y a pas de motif de révision lorsque des modifications de directives administratives ou un changement de jurisprudence rendent les conditions du droit à une rente plus stricte (RCC 1982, p. 252; RCC 1974, p. 447; circulaire valable dès le 1er janvier 2004 concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI).

15. Une rente entière avait été prévue par l'OCAI dans son projet de décision du 26 septembre 2002, sur la base d'un diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec trouble dépressif récurrent sévère retenu par les médecins du COMAI dans leur expertise du 30 novembre 2001 et de celui notamment de trouble de conversion hystérique post-traumatique avec un épisode dépressif majeur de sévérité moyenne chronique posé par le Dr P_____. L'OCAI a cependant refusé toute prestation lorsqu'il a rendu sa décision du 27 mai 2004, au motif que selon la Dresse S_____ du SMR, les avis des différents psychiatres ne sont pas concordants quant à l'importance du trouble dépressif et quant à l'existence d'un trouble de la personnalité auquel seul le Dr P_____ fait allusion.

Le Tribunal de céans ne peut que constater qu'en réalité aucun changement n'est intervenu entre septembre 2002 et mai 2004 ni quant à l'état de santé, ni quant à la capacité de gain de l'assuré. Le refus de rente est ainsi uniquement fondé sur une appréciation différente du cas, ce qui ne saurait, à la lumière de la jurisprudence rappelée ci-dessus, justifier une révision.

16. Reste à examiner si les conditions de la reconsidération sont réalisées.

Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA "l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable". A noter que l'introduction de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence rendue en matière de révision et de reconsidération sous l'ancien droit, le législateur n'ayant fait que codifier la pratique jurisprudentielle (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258).

Ainsi, on peut rappeler que pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi 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). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.2).

17. S'agissant de troubles somatoformes douloureux, ils n'entraînent pas selon la jurisprudence 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. Il s'agit dès lors de déterminer si ces troubles se manifestent avec une telle sévérité que d'un point de vue objectif la mise en valeur de la capacité de travail ne peut pratiquement, sous réserve des cas de simulation ou d'exagération, plus raisonnablement être exigée de l'assuré.

La jurisprudence du TFA relative aux troubles somatoforme douloureux a été rendue dès 2000 et n'est ainsi pas postérieure au projet de décision. Aussi l'OCAI s'était-il fondé sur cette jurisprudence pour reconnaître le droit de l'assuré à une rente entière à compter du 26 septembre 1998.

Force est de constater qu'il résulte du rapport d'expertise établi par le COMAI en 2001 que les critères dont la présence est exigée pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux sont en l'espèce réalisés (affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale, état psychique cristallisé et échec des traitements). L'octroi d'une rente d'invalidité n'était ainsi pas manifestement erroné.

18. Les conditions d'une reconsidération ne sont, partant, pas remplies non plus, de sorte que la décision du 27 mai 2004 et la décision sur opposition du 28 avril 2006 seront annulées.

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. L'admet et annule les décisions des 27 mai 2004 et 28 avril 2006.

3. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 950 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

4. 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
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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