RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/275/2005 **ATAS/826/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 27 septembre 2005

En la cause

Monsieur D_____, mais comparant par Maître Jacques EMERY en l'Etude duquel il élit domicile	recourant
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Juliana BALDE et Maya CRAMER , Juges

EN FAIT

1. Monsieur D_____, né au Kosovo le 10 septembre 1960, est venu à Genève dès 1984. Il a exerçé le métier d'aide jardinier. Le 5 juillet 1995, il a été victime d'un accident de la circulation, à la suite duquel il a souffert de cervicalgies. Il a déposé le 22 août 1996 une demande auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) visant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

2. A la demande de la Genevoise assurance, deux rapports d'expertise ont été établis, le premier par le Docteur A_____, spécialiste FMH en médecine interne le 16 septembre 1996, et le second par le Docteur B_____, psychiatre – psychothérapeute le 23 mai 1997. Le premier expert a posé le diagnostic de whiplash bénin et considéré que l'incapacité de travail en relation avec l'accident ne devait pas dépasser un mois. Le second a confirmé que l'incapacité de travail en relation avec l'accident devait être de six à huit semaines au maximum. Il a relevé que l'assuré se considère incapable de toute activité qu'elle soit lucrative ou dans le cadre de son ménage, mais que « cette incapacité subjective selon nous n'est pas justifiée par la situation clinique et paraclinique ». Il a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

3. Interrogé par l'OCAI, le Docteur C_____, médecin traitant, a estimé que son patient était incapable de travailler à 100% à compter du 5 juillet 1995, en raison de cervicalgies chroniques post-traumatiques et d'un état dépressif réactionnaire avec tendance sinostrosique (cf. rapport du 9 décembre 1996).

4. Se fondant plus particulièrement sur le rapport d'expertise établi par le Docteur B_____, l'OCAI a rendu un projet de refus de prestations le 23 septembre 1997.

5. L'assuré, représenté par Maître Jacques EMERY, a contesté ce projet.

6. L'OCAI a alors confié au Docteur E_____ le mandat d'examiner l'assuré. Ce nouvel expert, dans un rapport du 28 décembre 1998 a confirmé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, qui empêche l'assuré de mener à bien toute activité, qu'elle concerne les loisirs, le ménage et le travail. Les troubles psychiques influencent à 100% sa capacité de travail. Les modifications caractérielles sont à rattacher à ce syndrome, de sorte qu'il n'est pas possible de poser un diagnostic de trouble de la personnalité. L'expert ajoute que l'assuré paraît mal intégré en Suisse et qu'il provient d'un milieu social défavorisé, que l'entourage semble le surprotéger, lui évitant toute activité pénible et toute responsabilité, le plaignant, ce qui le renforce dans son idée que le problème se situe dans la sphère organique, et montre une grande tolérance face à ses attitudes.

Selon l'expert, toutes ces particularités peuvent favoriser le développement d'un syndrome somatoforme douloureux persistant et le maintenir.

7. Par décisions des 16 mars et 6 juillet 1999, l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, à compter du 1er août 1997, assortie de rentes complémentaires pour conjoint et enfants.

8. L'OCAI a procédé à la révision du dossier dans le courant de l'année 2001 et a confirmé, par décision du 11 novembre 2003, le versement d'une rente entière d'invalidité.

9. Dans le cadre d'une procédure judiciaire intentée par l'assuré contre l'assurance responsabilité civile, une expertise a été requise par le Tribunal de première instance et réalisée par le Docteur F_____ à la policlinique de neurologie de l'Hôpital cantonal le 20 mars 2002. Les diagnostics mis en évidence sont ceux de cervico-brachialgies gauches chroniques d'origine post-traumatique et état anxio-dépressif réactionnel. Selon le Docteur F_____, l'assuré est capable de reprendre une activité professionnelle à temps partiel dans un domaine qui nécessite un travail de force allégé. Ceci pourrait se faire via une réadaptation professionnelle voire un changement complet de profession, avec toutefois la restriction que ce patient n'a aucune formation spécifique. Si un travail allégé pouvait être défini, sa capacité actuelle pourrait varier de 50 à 70%, éventuellement à 100% dans le futur. En l'état, le médecin estime l'incapacité de travail dans une activité allégée à 40%. Il s'est également prononcé sur les déclarations de certains experts selon lesquels l'origine étrangère et le contexte culturel particulier de l'assuré ainsi que sa relativement mauvaise intégration locale jouaient un rôle dans l'amplification de la symptomatologie algique et des problèmes y relatifs, en déclarant que ces arguments n'avaient aucune validité puisqu'ils ne reposaient sur aucun fait établi ou démontré. L'intégration socio-culturelle du couple lui avait au contraire paru relativement bonne comme en témoignait leur récente demande de la nationalité helvétique.

10. Un nouveau rapport d'expertise a été établi par le COMAI (Centre d'observation médicale de l'AI) le 19 mai 2004. Il en ressort que l'assuré pourrait reprendre son activité antérieure à temps complet, sans perte de rendement.

    Les experts ont en effet constaté une discordance dans les déclarations de l'assuré selon à quel médecin il s'adresse ou si l'on compare les éléments figurants dans les divers rapports médicaux. Ils confirment le diagnostic principal de trouble somatoforme douloureux chronique. Ils considèrent que du point de vue physique, l'atteinte du rachis n'entraîne pas une diminution significative de la capacité de travail, et sur le plan psychique relèvent que l'assuré déclare tantôt un réseau social étoffé, tantôt seulement ses amis proches et sa famille, alors que dans le cadre de la présente expertise il signale avoir rompu tout contact avec sa famille

sans qu'il ne puisse en expliquer la raison, mentionnant un seul ami compatriote, et enfin sur le plan psychopathologique, un état dépressif léger, ajoutant que l'assuré est frustre et peu différencié sans que l'on ne puisse évoquer un trouble grave de la personnalité susceptible d'interférer dans son fonctionnement quotidien professionnel.

11. Par décision du 21 octobre 2004, l'OCAI a dès lors informé l'assuré que son droit à la rente serait supprimé à la fin du mois suivant la date de la décision.

12. Par décision sur opposition du 23 décembre 2004, l'OCAI a rappelé les termes de l'expertise du COMAI et a ainsi confirmé que la rente devait être supprimée ; toutefois, constatant que la décision litigieuse avait été prise dans le cadre d'une procédure en reconsidération, il a admis que la suppression ne pouvait être effective que dès le premier jour du deuxième mois suivant la décision sur opposition.

13. L'assuré a interjeté recours le 3 février 2005 contre ladite décision. Il relève que les différents diagnostics posés par les experts qui l'ont examiné ne sont en réalité pas contradictoires, ce sont plutôt les répercussions des lésions sur sa capacité de gain qui varient. Il conteste dès lors les résultats de la comparaison des revenus à laquelle a procédé l'OCAI.

14. Dans son préavis du 27 mai 2005, l'OCAI conclut au rejet du recours.

15. Dans sa réplique du 27 juin 2005, l'assuré reproche à l'OCAI de ne pas répondre à la question posée qui est de savoir si des faits nouveaux sont survenus qui auraient pour conséquence de supprimer le droit à la rente. Il considère quant à lui que l'expertise du COMAI n'apporte aucun élément médical nouveau puisqu'elle se borne à reprendre les précédentes expertises et à en donner une appréciation médicale différente.

16. Dans sa duplique du 4 août 2005, l'OCAI persiste dans ses conclusions et rappelle que les conditions pour une reconsidération sont en l'espèce remplies.

17. Ces écritures ont été transmises au recourant le 5 août 2005 et la cause a été gardée à juger.

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. 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 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). 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.

   La décision litigieuse ayant été prise dans le cadre d'une révision entreprise en 2003 – 2004, le cas sera régi par la LPGA et le nouveau droit en vigueur dès le 1er janvier 2003.

4. Déposé dans les formes et délai légaux, le recours est recevable (articles 56 et 60 LPGA).

5. En l'espèce, l'assuré conteste la suppression de la rente entière d'invalidité qui lui était servie depuis le 1er août 1997.

6. Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision (procédurale) si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

7. La révision de la rente d'invalidité est régie par l'art. 17 LPGA, lequel n'a pas apporté de modifications aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343).

   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). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. Pour juger si un tel changement s'est produit, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de rente initiale avec les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). Si les conditions prévues à l'art. 41 LAI font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à ces règles, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Le juge peut, le cas échéant, confirmer une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités).

   Aux termes de l'art. 17 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. Le point de savoir si un tel changement s'êst produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnants à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369, 109 V 265, 106 V 87 et 105 V 30). Il ne suffit toutefois pas qu'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel soit appréciée de manière différente (ATF 112 V 372).

8. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité du recourant s'est modifiée entre 11 novembre 2003, date à laquelle le droit à une rente entière lui a été confirmé dans le cadre de la révision de son dossier, et le 21 octobre 2004, date à laquelle il a été informé que son droit à la rente était supprimé ; en d'autres termes, si c'est à bon droit que l'OCAI a entendu supprimer le droit du recourant à la rente d'invalidité.

10. En l'espèce, l'assuré a été plus particulièrement soumis à deux expertises, la première du Docteur E_____ en 1998 et la deuxième des médecins du

COMAI en 2004. Dans les deux cas, les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de son état de santé. Pour ce faire, ils se sont appuyés sur l'entier du dossier et ont réalisé une anamnèse complète. Les rapports établis sont circonstanciés et les conclusions motivées. Ils satisfont donc tous les deux à tous les réquisits jurisprudentiels et doivent se voir reconnaître pleine valeur probante.

Tant le Docteur E_____ que les médecins du COMAI en 2004 ont abouti au même diagnostic, un trouble somatoforme douloureux, et ont constaté que les troubles somatiques n'influencaient pas la capacité de travail. Aucun d'eux n'a relevé ni stress post-traumatique, ni élément de la lignée psychotique objectivé. Ils ont conclu tous deux à l'absence de comorbidité psychiatrique grave.

Force dès lors est de constater qu'aucun fait nouveau au sens des art. 17 et 53 LPGA n'a été mis en évidence par l'expertise du COMAI. L'OCAI n'était ainsi pas en droit de procéder à une révision, les conditions n'étant pas remplies.

11. Reste à examiner s'il pouvait reconsidérer sa décision d'octroi de rente. Selon 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 ».

12. 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 la 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 (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

13. Il s'agit de déterminer ici plus particulièrement si les décisions des 16 mars et 6 juillet 1999, confirmées le 11 novembre 2003, étaient ou non manifestement erronées.

14. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette disposition légale est complétée par l'art. 4 LAI aux termes de laquelle l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins. En ce cas, il recevra un quart de rente. S'il est invalide à 50%, il se verra octroyé une demie rente, si son invalidité a atteint 60% il aura droit à un trois-quarts de rente et si elle atteint 70% à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur au 1er janvier 2004).

15. Il appert des divers rapports médicaux figurant dans le dossier que l'atteinte à la santé physique dont souffre l'assuré ne devrait pas l'empêcher d'exercer une activité lucrative à plein temps. Les médecins ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 ; cf. aussi ATF 127 V 298).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 ; RAMA 1996 no U 256 p. 217). 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 ; ATFA en la cause N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03). 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 (arrêt N. précité, 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 une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (arrêt N. précité, consid. 2.2.3). 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. 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 plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération - 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; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298).

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 comorbidité 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; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine).

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 ci-dessus - 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 (cf. arrêt N. précité 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 (en cas de litige) 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 socioculturels) 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, énumérés aux consid. ci-dessus (ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 600/03).

En résumé, la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes. Lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358, ATFA non publié du 30 novembre 2004 en la cause I 630/03).

16 . En l'espèce le Docteur E_____ n'avait pas relevé en 1998 de comorbidité psychiatrique grave chez l'assuré. Force est par ailleurs de constater que tous les critères, dont le cumul permet selon la jurisprudence de qualifier d'invalidants au sens de la LAI les troubles somatoformes douloureux, n'étaient pas réunis. Certes le critère des affections corporelles chroniques peut-il être retenu ; celui de la perte d'intégration sociale en revanche paraît discutable, l'assuré ayant gardé de

bonnes relations au sein de sa famille qui le surprotège ; il a certes drastiquement diminué ses activités, est triste et renfermé, mais il peut encore faire de courtes promenades, visiter des amis et s'occuper occasionnellement de sa fille (âgée à l'époque de quinze mois).

L'existence d'un état psychique cristallisé ne peut être admise, l'expert suggérant une psychothérapie associée à une approche pharmaco-thérapeutique et une intervention sur l'entourage (afin d'éliminer les facteurs de maintien et de renforcement du comportement douloureux).

Au vu de l'ensemble de ces éléments, on doit considérer qu'une mise en valeur de la capacité de travail, jugée complète au plan somatique dans une activité adaptée, aurait pu raisonnablement être exigée du recourant. Les décisions des 16 mars et 6 juillet 1999 étaient dès lors manifestement trop généreuses, de sorte que l'OCAI était en droit de les reconsidérer, ce qu'il a fait le 21 octobre 2004.

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
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