REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/986/2007 **ATAS/56/2008**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 22 JANVIER 2008

En la cause

Monsieur Z_____, domicilié à VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître FEDELE Claudio — recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur Z_____ (ci-après: le recourant), d'origine bosniaque, a été employé en dernier lieu par l'entreprise X_____ SA à Genève en qualité de manœuvre du 17 janvier 1989 au 31 août 1991. Son dernier jour de travail remonte au 27 février 1991.

2. En date du 28 mai 1991, le recourant a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: OCAI) une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous la forme d'une orientation professionnelle, invoquant des atteintes à la colonne vertébrale existant depuis 1990.

3. Dans son rapport du 29 juin 1991, le médecin traitant, le Dr A_____, a diagnostiqué un syndrome sciatique gauche, une lombalgie récidivante sur la base d'une hernie discale postéro-médiane L5-S1 et L4-L5, ainsi qu'un canal lombaire étroit. Il attestait d'une incapacité de travail totale depuis le 28 février 2001 et estimait que le recourant ne pouvait pas travailler le corps plié, ni maintenir une position debout prolongée, ni porter des objets lourds.

   Il résulte des divers documents médicaux annexés à ce rapport que le 15 octobre 1990, le Dr B_____, radiologue, avait pratiqué une scanographie lombaire qui avait révélé une hernie discale postero-médiane intra-canalaire L5-S1, un fourreau dural étroit par endroits ainsi qu'une vraisemblable herniation sous-ligamentaire. De plus, dans un rapport médical du 22 mars 1991, le Dr C_____, neurologue, avait relevé du côté gauche des signes de dénervation dans le jumeau interne ainsi que dans la musculature paravertébrale lombaire, ce qui suggérait une radiculopathie S1 d'un degré très modéré. Enfin, le recourant avait également été examiné le 16 avril 1991 par le Dr D_____N, médecin adjoint de la Clinique de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, qui avait confirmé l'existence d'une grosse protrusion L5-S1 et indiqué que le patient pouvait bénéficier de mesures professionnelles dans un travail moins lourd. Le patient était fiable et ne présentait aucun signe de surcharge. Une intervention chirurgicale n'était pas indiquée.

4. Par décision du 8 décembre 1992, le recourant a été mis au bénéfice d'une rente ordinaire simple de l'assurance invalidité à compter du 1er septembre 1992, basée sur un degré d'invalidité de 70%.

5. Suite à une procédure de révision ouverte en 1993, la rente du recourant a été maintenue par décision du 22 septembre 1994. Dans le cadre de cette procédure, le Dr A_____ a confirmé son diagnostic initial.

6. Le 27 novembre 2000, l'OCAI a ouvert une nouvelle procédure de révision de la rente.

7. Dans son rapport médical intermédiaire du 6 mars 2001, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé de son patient était resté stationnaire et que le diagnostic était inchangé.

8. Dans le cadre de la révision, l'OCAI a confié une expertise au Dr. E_____, chef du service de rhumatologie et de médecine physique de l'Hôpital de La-Chaux-de-Fonds, qui a reçu le recourant en consultation le 31 mai 2001. Dans son rapport du 20 juin 2001, l'expert a posé le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales chroniques, discopathie lombaire étagée, petite hernie discale L4-L5 et protrusion discale L3-L4 et L5-S1, dystrophie de croissance lombaire haute, obésité avec possible hypertension artérielle ainsi que surcharge psychologique majeure. A certaines conditions, la reprise d'une activité physique lourde n'était pas totalement exclue, mais rendue illusoire au vu de l'état psychologique chronique de l'expertisé. Une incapacité de travail d'au moins 50% dans la dernière activité exercée était retenue.

   D'après l'expert, l'échec de l'évaluation professionnelle qui avait été effectuée en 1992 s'expliquait par des raisons purement subjectives sans qu'aucune lésion anatomique ne le justifie; il existait incontestablement un syndrome d'amplification des plaintes. Vu l'état musculo-squelettique du patient, toute activité physique, sédentaire ou alternant les positions assise ou debout devait être considérée comme possible à un taux de 100%. L'expert était enfin d'avis que l'incapacité de travail se basait en 1991 déjà sur les plaintes subjectives du patient, tout comme c'était le cas actuellement; il était regrettable que le patient n'ait jamais été présenté à un collègue rhumatologue ou à un psychiatre pour éventuellement éviter une chronicisation des douleurs.

9. Sur la base de cette expertise et de l'avis exprimé par son médecin-conseil, qui estimait que l'état de santé du recourant s'était amélioré, l'OCAI a procédé à une nouvelle évaluation médico-théorique du degré d'invalidité. Ce taux a été arrêté à 14%, n'ouvrant pas le droit à une rente, ni à des mesures professionnelles.

10. Par décision du 26 octobre 2001, l'OCAI a supprimé la rente du recourant, à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Par ailleurs, l'OCAI a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

11. Par acte du 30 novembre 2001, le recourant a interjeté recours auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité (ci-après : la Commission) alors compétente, en produisant deux nouveaux certificats médicaux, des 27 et 29 novembre 2001, émanant respectivement des Drs F_____, psychiatre et psychothérapeute qui le suivait depuis le 12 novembre 2001, et G_____, spécialiste FMH en médecine interne.

12. Par jugement du 24 janvier 2002, la Commission a annulé la décision et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants, notamment pour la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

13. Saisi d'un recours de droit administratif de l'OCAI, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA), par arrêt du 25 octobre 2002, l'a admis et a renvoyé la cause à la Commission pour nouveau jugement dans le sens des considérants, soit pour qu'elle statue à nouveau, cas échéant, au préalable sur la question du rétablissement de l'effet suspensif, après avoir donné à l'OCAI la possibilité de s'exprimer sur le recours de l'assuré et sur les nouvelles pièces que ce dernier avait produites.

14. Par jugement incident du 20 novembre 2002, la Commission a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif et réservé le fond du litige. Saisi d'un recours de l'assuré contre cette décision, le TFA, par arrêt du 28 mai 2003, l'a rejeté, en retenant que l'intérêt de l'administration apparaissait prépondérant et que les prévisions sur l'issue du litige ne présentaient pas pour le recourant un degré de certitude suffisant.

15. A la création du Tribunal de céans, en août 2003, la cause lui a été transférée d'office. Par arrêt du 10 mars 2004, le Tribunal de céans a admis le recours du 30 novembre 2001, annulé la décision du 26 octobre 2001 et renvoyé le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. Il résulte des considérants de l'arrêt que l'OCAI était invité à mettre en place une expertise psychiatrique, la situation physique du recourant ayant déjà fait l'objet d'une expertise qui posait un diagnostic médical pertinent et suffisant. De plus, le Tribunal relevait ce qui suit dans les considérants de son arrêt: "Il semble plausible que la décision initiale de l'OCAI ait pu faire l'objet d'une reconsidération, en tant qu'elle constituait éventuellement une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Toutefois, la situation de fait s'étant modifiée dans l'intervalle, avec l'apparition de problèmes psychiques ayant des répercussions évidentes sur la capacité de travail de l'assuré, une telle reconsidération n'entre plus à présent en ligne de compte" (ATAS/126/2004 du 10 mars 2004, dans la cause A71467/2001, p. 9, consid. 6).

16. L'OCAI a mandaté le Centre d'expertise médicale (ci-après COMAI) pour une expertise interdisciplinaire. Le rapport d'expertise a été établi par le Dr H_____, médecin-chef, et la Dresse I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, en date du 1er juillet 2005. Les experts ont posé comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail des troubles mentaux et des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples (alcool, café, tabac, benzodiazépines) et un syndrome de dépendance à l'utilisation continue, un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, un probable trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif et des lombalgies

chroniques sur spondyarthrose et discopathies des trois derniers étages lombaires, et comme diagnostics n'ayant aucune répercussion sur la capacité de travail une obésité sévère, un déconditionnement physique majeur avec multiples raccourcissements musculaires et une hypertension artérielle.

L'évaluation psychiatrique a été effectuée le 14 avril 2005 par la Dresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Il ressort de son évaluation que la capacité de travail du recourant semblait être superposable à celle qui avait été décidée en 1992. Elle a indiqué qu' "à l'heure actuelle, l'importance du tableau clinique d'un épisode dépressif et d'un trouble de la dépendance à l'alcool avec des conséquences cognitives et comportementales, justifie le maintien de cette incapacité. D'autre part, à plus long terme, il est très peu probable que nous puissions imaginer une récupération de la capacité de travail chez cet assuré, vu que l'identité d'invalide est déjà bien incrustée depuis déjà au moins dix ans."

En réponse aux questions de l'assurance-invalidité, en ce qui concerne les limitations de la capacité de travail (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés, les experts ont indiqué que sur le plan physique, le recourant ne pouvait pas soulever et porter de façon répétitive des charges excédant le poids de 5 kg, et ne pouvait maintenir une position statique debout de façon prolongée en raison d'une exacerbation de ces douleurs par trop de sollicitations. Sur le plan psychique et mental, la capacité de travail était lors de l'expertise très limitée à cause d'un état dépressif et d'une dépendance à l'alcool et à des substances psycho-actives associés à une personnalité émotionnellement labile et impulsive. Enfin sur le plan social, la labilité et l'impulsivité aggravées par la prise de l'alcool entravait les relations sociales, par exemple avec ses collègues et ses supérieurs.

L'appareil locomoteur présentait une spondylarthrose et des discopathies des trois derniers étages lombaires, mais ces lésions n'interdisaient pas la pratique d'une profession adaptée, c'est-à-dire légère. La position debout ne devait pas être prolongée au-delà de dix minutes, et le port répétitif de charges était limité à 5kg. En respectant ces conditions, une capacité de travail totale pouvait être atteinte, pour autant qu'un traitement adéquat sur le plan psychiatrique soit entrepris. Ce traitement devait s'intéresser tout d'abord au problème de la consommation excessive d'alcool, puis après résolution de ce problème, un traitement médicamenteux avec antidépresseur anxiolytique était à envisager. Le recourant ne pouvait plus exercer sa dernière activité. Selon les experts, une adaptation à son environnement professionnel devait être possible, si l'on faisait abstraction des abus de substances psycho-actives. Une démarche de réadaptation ne leur semblait possible qu'après que le recourant se soit soumis avec réussite à long terme, à un sevrage de ses dépendances. Si sur le plan somatique, d'autres activités étaient exigibles, sur le plan psychique, les experts indiquaient qu'il serait purement spéculatif d'y répondre maintenant. En effet, il fallait d'abord qu'il y ait une cure de désintoxication, pour pouvoir déterminer s'il existait une éventuelle pathologie

psychiatrique persistante qui pourrait influencer négativement la capacité de travail. Le recourant pourrait exercer une activité adaptée dans un premier temps 4 heures, puis 8 heures par jour. Cette lente reprise se justifiait par un déconditionnement sévère et par une absence du circuit professionnel durant plus de dix ans.

Enfin, les experts ont relevé qu'en 1992, ni le recourant, ni les médecins n'avaient fait état d'une atteinte psychique. Ce n'est que vers 2001 qu'a été posé le diagnostic d'une dépendance aux substances psycho-actives et de troubles thymiques.

17. Dans son avis du 20 juillet 2005, le Dr K_____, médecin du SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après SMR), a considéré que physiquement le recourant était apte à travailler à 100% dans un poste léger. L'éthylisme était ancien et n'avait pas empêché le recourant de travailler durant de nombreuses années. Le médecin a conclu qu'on ne pouvait admettre l'existence d'une affection invalidante précédant la toxicomanie, laquelle remontait à l'âge de 16 ans. Il fallait examiner si l'alcoolisme avait des conséquences importantes et durables. Selon ce médecin, cela ne semblait pas être le cas, mais cet aspect pourrait être mieux évalué si le sevrage réussissait. De plus, le traitement de l'état dépressif en serait facilité. Le recourant devait tenter de diminuer le dommage. Une cure de désintoxication était donc nécessaire et raisonnablement exigible.

18. Dans son rapport du 20 mars 2006, le Dr F_____ a repris pour l'essentiel les diagnostics de l'expertise interdisciplinaire du 1er juillet 2005, en précisant que le recourant était suivi depuis novembre 2005 par l'Unité d'alcoloogie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après: HUG). A son avis, le recourant ne pouvait exercer ni son activité de manœuvre, ni, pour le moment, aucune autre activité, en raison d'une dégradation psycho-physique s'étalant sur des années (depuis 1991), avec un déconditionnement massif, peut-être irréversible.

19. Dans son rapport du 17 août 2006, la Dresse L_____, médecin interne à l'Unité d'alcoologie des HUG, a diagnostiqué les mêmes atteintes que les experts du COMAI dans le rapport du 1er juillet 2005. L'état de santé du recourant était stationnaire du point de vue de sa dépendance à l'alcool, mais s'aggravait en ce qui concerne les aspects physiques. Le recourant avait bien investi son suivi dans l'unité, initié le 11 novembre 2005, ce qui lui avait permis de modérer de manière importante sa consommation d'alcool. La poursuite de ce suivi était nécessaire pour l'amener vers une abstinence, ce qui prendrait beaucoup de temps, vu la personnalité du patient et ses faibles capacités de mentalisation. La toxicomanie était la conséquence de l'état dépressif et de la personnalité émotionnellement labile et l'impulsivité influençait fortement la consommation d'alcool. Enfin, la toxicomanie n'avait pas causé un dommage physique ou mental important.

20. Dans l'avis SMR du 6 novembre 2006, le Dr K_____, sur la base des indications de la Dresse L_____, a estimé que l'éthylisme du recourant n'avait

pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité. Avec la même personnalité, il avait pu travailler durant plusieurs années, de sorte qu'il fallait admettre que sa capacité de travail était entière, dans un poste adapté, et cela depuis 1992.

21. Par décision du 6 février 2007, l'OCAI a confirmé la suppression de la rente notifiée par décision du 26 octobre 2001. En substance, l'intimé estimait qu'il n'était pas suffisamment informé sur la nature des troubles et sur leur conséquence sur la capacité de travail, lorsqu'il a rendu sa décision initiale de rente le 8 décembre 1992. Ainsi, cette décision était manifestement erronée. La capacité de travail était entière dans une activité adaptée, et suite à une comparaison des revenus devant s'effectuer en 2001, le taux d'invalidité était de 15% et ne donnait pas droit à une rente. L'OCAI a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

22. En date du 12 mars 2007, le recourant a interjeté recours auprès du Tribunal contre cette décision, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et principalement à l'annulation de la décision attaquée et au maintien de la rente d'invalidité, avec suite de dépens. Tous les médecins qui avaient eu l'occasion de l'examiner s'accordaient pour affirmer que sa capacité de travail était nulle, que son état psychique était faible et stationnaire, et que sa santé physique s'aggravait, ce qui a été constaté à la suite de l'expertise interdisciplinaire. L'expert psychiatre a considéré que le maintien de l'incapacité de travail était justifiée. En outre, le recourant a produit deux courriers des 19 et 26 février 2007 adressés a son conseil respectivement par les Drs A_____ et F_____, qui réitèrent qu'à leur avis le recourant est totalement incapable de reprendre toute activité professionnelle.

23. Par arrêt incident du 11 avril 2007, le Tribunal de céans a déclaré recevable le recours du 12 mars 2007, rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif et réservé la suite de la procédure.

24. Dans son mémoire de réponse du 9 mai 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. En substance, l'instruction médicale complémentaire avait permis de confirmer que le recourant était aujourd'hui tout à fait en mesure de reprendre une activité adaptée à son état de santé, tant physiquement que psychiquement. Le déconditionnement présenté par le recourant en raison de son inactivité depuis plus de 10 ans ainsi que son état de dépendance aux substances psycho-actives résultant d'une toxicomanie dite primaire n'étaient pas des facteurs à charge de l'assurance-invalidité.

25. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 12 juin 2007, l'OCAI a confirmé que la décision de maintenir la suppression de rente était fondée sur l'analyse faite par le Dr K_____ de l'expertise COMAI. Ce médecin avait conclu que la politoxicomanie du recourant était primaire puisque la consommation d'alcool remontait à l'adolescence. Le recourant a confirmé qu'il suivait un traitement auprès de l'Unité d'alcoologie des HUG depuis deux ans. Le Tribunal a

décidé de reconvoquer les parties, avec la présence indispensable du Dr K_____.

26. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 18 septembre 2007, pour laquelle le Dr K_____ s'était fait excuser, l'OCAI a précisé, après avoir discuté avec ce médecin, qu'il n'avait pas procédé à une révision pour amélioration notable de l'état de santé, mais à une reconsidération, fondée sur le fait qu'à son avis la décision initiale était manifestement erronée. Le Tribunal a attiré son attention sur les considérants de l'arrêt du 10 mars 2004, qui excluait toute reconsidération et sur le fait qu'une première révision de la rente avait conduit à son maintien en 1994. Dès lors, l'OCAI a sollicité un délai pour se déterminer sur la possibilité d'annuler la décision de suppression de rente, mais d'entreprendre d'ores et déjà une révision avec une nouvelle expertise psychiatrique au vu des explications données par le COMAI dans son expertise du 1er juillet 2005, et des deux ans de suivi tant psychiatrique qu'auprès de l'Unité d'alcoologie, effectués après cette expertise. Sur ce, le Tribunal a accordé à l'OCAI un délai au 18 octobre 2007 pour reconsidération sur le fond.

27. Par une écriture du 17 octobre 2007, l'OCAI a informé le Tribunal qu'il persistait à conclure au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. En tenant compte de ce qui relevait de l'assurance-invalidité, l'état de fait n'avait pas encore changé, de sorte que la voie de la reconsidération était encore ouverte. La décision de décembre 1992 de reconnaître un taux d'invalidité de 50 % en lieu et place de 15 % était manifestement erronée et sa rectification revêtait une importance notable.

28. Invité à se déterminer, le recourant, par acte du 20 novembre 2007, a persisté dans ses conclusions. En substance, par son arrêt du 10 mars 2004, le Tribunal n'avait pas seulement annulé la décision de suppression de rente du 26 octobre 2001, mais également renvoyé la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision, c'est-à-dire invité l'OCAI à procéder à une révision de la rente au regard de l'apparition récente de troubles d'ordre psychique. Or, l'OCAI n'a pas procédé à une révision, mais à une reconsidération, laquelle avait pourtant été clairement exclue. La décision attaquée devait ainsi être annulée, étant rappelé que tous les médecins ayant examiné le recourant ont attesté que sa capacité de travail est nulle, que son état psychique est faible et stationnaire et que sa santé physique s'aggrave.

29. En date du 21 novembre 2007, les parties ont été informées que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Les questions de la compétence du Tribunal de céans, du droit applicable et de la recevabilité du recours (forme et délai) ont été tranchées par l'arrêt incident du 11 avril 2007, aujourd'hui définitif et exécutoire, de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'y revenir.

2. Est litigieuse la suppression de la rente d'invalidité entière dont bénéficiait le recourant. Compte tenu de l'argumentation de l'intimé, il convient d'examiner en premier lieu si l'OCAI pouvait revenir par une reconsidération sur la décision du 8 décembre 1992.

3. A titre préalable, il sied de rappeler que selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Ainsi, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force.

   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 (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

4. Cela étant, il convient de noter que l'autorité de la chose jugée interdit de remettre en discussion, dans une nouvelle procédure, ce qui a été définitivement jugé. En principe, l'autorité de la chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision ou du jugement et non à ses motifs (ATF 115 V 418 consid. 3b/aa, 113 V 159). Les constatations de fait du jugement et les considérants de celui-ci ne participent pas

de la force matérielle. Ils n'ont aucun effet contraignant dans le cadre d'une procédure ultérieure (ATF 121 III 478 consid. 4a). Cependant, demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159), notamment lorsqu'il faut recourir aux motifs de la décision pour connaître le sens exact, la nature et la portée précise du dispositif (ATF 128 III 191, consid. 4a). En particulier, dans le cas où un arrêt de renvoi est rendu, ses considérants lient aussi bien l'autorité de renvoi que l'autorité de recours (cf. pour la procédure fédérale ATFA U 374/05 du 14 décembre 2005 et ATFA I 711/04 du 6 mars 2006, consid. 1).

5. En l'espèce, à teneur de l'arrêt du Tribunal de céans du 10 mars 2004, qui a annulé la décision de l'OCAI du 26 octobre 2001, l'intimé devait procéder à une instruction complémentaire dans le sens des considérants. Dans ces derniers, il était précisé qu'une reconsidération n'entrait plus en ligne de compte, dans la mesure où la situation de fait s'était modifiée, avec l'apparition de problèmes psychiques ayant des répercussions évidentes sur la capacité de travail du recourant. Ainsi, ce n'était pas en vue de déterminer si la décision du 8 décembre 1992 était manifestement erronée, mais dans le cadre d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA, que l'OCAI devait procéder à une expertise psychiatrique. En procédant à une reconsidération de la décision du 8 décembre 1992, l'intimé a violé les instructions du Tribunal de céans.

6. Une reconsidération étant exclue, il y a lieu de déterminer si la décision de suppression de la rente peut être entérinée, par substitution de motifs, en raison d'une amélioration notable de l'état de santé du recourant.

7. Selon 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. 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; 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; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En tout état, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes

jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Enfin, en cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88*a* al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

8. Cela dit, il sied de rappeler qu' qu'aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Une 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). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Plus particulièrement, 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 en liaison avec l'art. 8 LPGA, 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. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence

d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

A teneur de la jurisprudence constante concernant les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie, une telle dépendance ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. En revanche, elle joue un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale qui a valeur de maladie (ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a).

Enfin, selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

9. En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Pour ce qui est plus particulièrement des rapports des médecins des centres d'observation médicale, le Tribunal fédéral des assurances a jugé, dans un arrêt publié aux ATF 123 V 175, que l'indépendance et l'impartialité des médecins des COMAI à l'égard de l'administration et de l'OFAS étaient garanties (ATFA non publié du 1er juin 2006, I 742, consid. 3.2). Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par ces médecins, aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. En l'espèce, l'expertise interdisciplinaire du COMAI du 1er juillet 2005, qui émane d'un spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et d'une spécialiste FMH en psychiatrie, revêt une pleine valeur probante. En effet, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, le rapport se fonde sur l'observation clinique (somatique et psychiatrique), il prend en considération les plaintes exprimées par le recourant, il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse personnelle, familiale et professionnelle), il englobe les diagnostics posés par les autres médecins qui ont examiné le recourant et ses conclusions sont claires et bien motivées, et cela, même si elle a été sollicitée par l'OCAI (en violation des instructions figurant dans l'arrêt du Tribunal de céans du 10 mars 2004) dans le cadre d'une reconsidération et non pas d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Il résulte de ladite expertise qu'il n'existe pas d'amélioration notable de l'état de santé du recourant, au sens de cette dernière disposition et de la jurisprudence rappelée ci-dessus, autorisant une révision du droit à la rente. Sur le plan somatique, l'évaluation des experts du COMAI rejoint les conclusions du 16 avril 1991 du Dr D_____ (expertise du 1er juillet 2005, p. 14). De plus, selon ces experts, le degré de l'incapacité de travail n'a pas évolué depuis le 28 février 1991 (même expertise, p. 16) et la capacité de travail du recourant était en 2005 superposable à celle qui avait été décidée en 1992 (même expertise, p. 12).

Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas ; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (ATFA du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Le Tribunal constate qu'il apparaît bien plus vraisemblable que l'état de santé du recourant se soit aggravé depuis la décision initiale, notamment sur le plan psychique, même si les experts n'ont pas été en mesure de se prononcer sur l'exigibilité d'autres activités sur le plan psychique. En effet, le recourant doit d'abord terminer la cure de désintoxication (qu'il a commencée en 2005 et qui se poursuivait en 2007) pour pouvoir déterminer s'il existe une pathologie psychiatrique persistante (expertise du 1er juillet 2005, p. 15). Cette appréciation était d'ailleurs partagée en 2005 par le Dr K_____, du SMR (avis SMR du 20 juillet 2005). En tout état, ce n'est que vers 2001 qu'ont été diagnostiqués les troubles psychiques (expertise du 1er juillet 2005, p. 18), étant rappelé que le Dr D_____ excluait en 1991 toute surcharge psychique. L'expert E_____, qui avait diagnostiqué une surcharge psychologique majeure, mentionnait déjà en 2001 que la situation n'avait fait qu'empirer depuis 1991 (expertise du 20 juin 2001, p. 10). Cette aggravation est corroborée par les avis du psychiatre traitant et de la Dresse L_____. Le Tribunal a d'ailleurs eu l'occasion de rencontrer le recourant, qui est apparu dans un état qui ne permet aucun doute sur son incapacité de travail, ce qui conforte le Tribunal dans son appréciation des faits.

Ainsi, il n'est pas possible de confirmer la suppression de la rente par le biais de la révision. En revanche, au vu des conclusions des experts, l'état psychique du recourant devra être réévalué au terme de la cure de désintoxication.

11. En conclusion, le recours sera admis et la décision attaquée annulée.

Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à 2'500 fr. (art. 61 let. g LPGA). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet

2006 (RO 2006 2003), a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 500 fr. sera mis à charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Au fond :

1. Admet le recours et annule la décision de l'OCAI du 6 février 2007.

2. Dit par conséquent que la rente due au recourant selon décision du 8 décembre 1992 doit continuer à être versée.

3. Invite l'OCAI à prévoir la révision du dossier.

4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.

5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 2'500.- fr. à titre de dépens.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste :
Ivo BUETTI

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