REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/999/2007 **ATAS/729/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 26 juin 2007

En la cause

Monsieur A_____, domicilié , MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Alain DE MITRI	Recourant

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Florence BRUTSCH et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (l'assuré ou le recourant), né en 1962 et ressortissant italien, a travaillé en tant que maçon auprès de SCRASA SA du 11 mars 1983 au 12 octobre 1994.

2. Le 23 mars 1995, il a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

3. Dans un rapport du 4 août 1995, le Dr A1_____, rhumatologue, a diagnostiqué une arthrite réactive. Il a exposé que l'assuré se plaignait de polyarthralgies depuis début 1993 touchant les mains, les genoux et les pieds. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % à partir de février 1993. Il a considéré qu'une activité adaptée à l'invalidité consistait en un travail sans effort physique.

4. Le 5 février 1996, l'employeur a confié à l'assuré un poste à mi-temps de magasinier de chantier.

5. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) avait prévu de faire suivre à l'assuré, en août 1996, un stage d'observation professionnelle. Toutefois, à l'entrée du stage, l'assuré a mentionné qu'il avait trouvé un emploi à 50% chez son employeur actuel de sorte que le stage a été interrompu.

6. Dans un rapport du 15 octobre 1996, le Dr A1_____ a précisé que le patient présentait une arthrite réactive secondaire à une hépatopathie et que la capacité de travail était de 50 % pour autant que l'activité exclût des efforts physiques importants.

7. L'assuré a de nouveau été en incapacité de travail totale du 22 octobre 1996 au 16 février 1997 et a repris son activité à 50 % le lendemain.

8. Par décisions du 5 septembre 1997, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente ordinaire simple entière sur la base d'une d'invalidité de 100 % du 1er septembre 1995 au 29 février 1996, une demi-rente ordinaire simple sur la base d'une invalidité de 50 % du 1er mars au 31 octobre 1996, une rente ordinaire simple entière du 1er novembre 1996 au 28 février 1997, enfin, une demi-rente ordinaire simple dès le 1er mars 1997.

9. Le 28 octobre 1997, l'assuré a été licencié de son emploi de magasinier pour des raisons conjoncturelles avec effet à la fin janvier 1998.

10. A connaissance de ce licenciement, le réadaptateur de l'OCAI a proposé la même mesure qu'en 1996, à savoir un stage d'observation professionnelle, en raison du jeune âge de l'assuré et de l'exigibilité médicale d'une capacité de travail entière dans une activité plus légère.

11. Dans un rapport du 19 janvier 1998, le Dr A1_____ a confirmé le diagnostic, mentionné un état de santé stationnaire et attesté une incapacité de travail de 50 % dès le 17 février 1997 pour une durée indéterminée. Il a considéré qu'un travail à 100 % pourrait être envisagé dans une activité ne comportant pas d'effort de charge.

12. L'assuré a bénéficié de mesures d'observation professionnelle du 3 août au 2 novembre 1998, mais a interrompu son stage en date du 25 septembre 1998. Dans le rapport OSER du 15 octobre 1998, le directeur du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP) a exposé que les manifestations douloureuses et invalidantes de l'atteinte à la santé - qui se traduisaient par une limitation des mouvements, un manque de force, une incapacité à maintenir un rythme efficace et des gestes professionnels adéquats, des rendements inexploitables même sur une demi-journée - rendaient l'assuré inapte au travail dans le circuit économique normal. Il a précisé qu'en raison de l'apparition imprévisible des crises douloureuses, seule une activité en atelier protégé pouvait convenir à l'assuré car il devait gérer son temps de travail en fonction de son état. Dans le rapport du 25 septembre 1998, les maîtres de réadaptation ont expliqué que les rendements mesurés sur des activités sérielles (montage) ne dépassaient pas 65 % sur la matinée et diminuaient au cours de l'après-midi. Ils ont précisé qu'une activité avec des gestes répétitifs ne pouvait pas être maintenue plusieurs jours d'affilée et qu'après une journée apparaissaient déjà des enflures aux articulations. Ils ont considéré que même des travaux très légers et simples de tri de petites pièces ne pouvaient être accomplis avec une efficacité exploitable et que le rendement global sur la journée était inférieur à 30 %. Ils ont indiqué que l'assuré n'avait pas les capacités d'adaptation et d'apprentissage suffisantes pour aborder une formation même en entreprise et que ses nombreuses limitations ne l'autorisaient à s'orienter que vers une mise au courant pour un travail d'exécutant.

13. Dans un rapport du 20 octobre 1998, la technicienne en réadaptation de l'OCAI a exposé que le bilan OSER concluait à une inaptitude définitive dans le circuit économique normal en raison des limitations physiques importantes de l'assuré, malgré une habileté manuelle certaine et une bonne motivation.

14. Par décision du 22 janvier 1999, l'OCAI a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 1998 sur la base d'un degré d'invalidité de 80 % calculé en fonction d'un revenu d'invalide en atelier protégé.

15. Dans un questionnaire pour révision de rente du 20 février 2003, l'assuré a indiqué que son état de santé était toujours le même et que son degré d'incapacité de travail était de 100 %.

16. Dans un rapport du 13 avril 2004, le Dr A1_____ a mentionné un état de santé stationnaire, une absence de changement dans les diagnostics, une absence de

modification du status et un suivi médical par le Dr B_____, gastro-entérologue.

17. Dans un rapport du 7 juin 2004, le Dr B_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé et d'un changement dans les diagnostics sans influence sur la capacité de travail consistant en une normalisation des tests hépatiques depuis mai 2002.

18. Le 27 mai 2005, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr C_____, rhumatologue.

19. Dans son rapport d'expertise du 1er septembre 2005, le Dr C_____ a exposé que le patient avait commencé à présenter en 1992 des douleurs ostéoarticulaires multiples d'apparition progressive sans facteur déclenchant qui étaient apparues au début principalement lors d'efforts pouvant impliquer le dos, les mains, les pieds ou les genoux, puis qu'il avait été adressé au Dr A1_____ qui avait évoqué dans un premier temps un diagnostic de spondylarthrite séronégative sur la base de rachialgies à prédominance axiale malgré la négativité du HLAB 27. Lors de l'examen, le patient se plaignait, d'une part, de douleurs ostéoarticulaires multiples touchant le rachis ainsi que les genoux, les mains et les pieds, d'autre part, de douleurs tendino-musculaires diffuses touchant l'ensemble de la musculature. En outre, il a également mentionné aux mains une raideur matinale avec tuméfaction d'environ cinq à dix minutes et une gêne pour les mobilités fines des doigts avec diminution de la force de préhension. Lors de son examen clinique, l'expert a constaté, notamment, une absence de tuméfaction ou de signes dystrophiques des mains. Il a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome somatoforme douloureux persistant probable, des lombalgies chroniques sur trouble dégénératif modéré (discopathies L4-L5, arthrose inter-facettaire L4-S1), une rizarthrose débutante à droite, un syndrome rotulien bilatéral clinique, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une stéatose hépatique massive, une gastrique oesophagite et un côlon irritable. Il a expliqué qu'il avait constaté une mobilité conservée du rachis et des articulations périphériques sans signe de synovite, une discopathie L4-L5 discrète à modérée, une arthrose inter-facettaire postérieure L4-L5 et L5-S1, une arthrose débutante péri-trapézienne droite au niveau des mains et que le bilan radiologique standard ne montrait pas de signes évocateurs d'un rhumatisme inflammatoire (absence de sacro-ilite, de syndesmophyte, absence également d'érosion ou de déformation osseuse). Sur la base de ces constatations, il a estimé ne pas pouvoir retenir un rhumatisme inflammatoire et a évoqué plutôt un syndrome somatoforme douloureux persistant au vu de l'extension des champs douloureux à l'ensemble du rachis ainsi qu'aux extrémités. Il a conclu à une incapacité de travail complète dans une activité de maçon et à une capacité de travail de 100 % d'un point de vue rhumatologique dans toute activité adaptée. Il a considéré que le degré de l'incapacité de travail ne s'était pas modifié depuis 1992 et qu'une activité adaptée ne devait pas comprendre le port

de lourdes charges, ni de position trop contraignante pour le dos (mouvements répétés en flexion rotation), ni de positions accroupies ou sur les genoux prolongées.

20. Le 4 novembre 2005, l'OCAI a confié un mandat d'expertise au Dr D_____, psychiatre et psychothérapeute.

21. Dans son rapport d'expertise du 9 janvier 2006, après avoir procédé à une anamnèse familiale, personnelle et professionnelle, pris note des plaintes du patient et entrepris un examen psychiatrique, le Dr D_____, n'a mis en évidence aucun symptôme psychiatrique significatif. En outre, il n'a pas remarqué de divergences entre les plaintes physiques et le comportement de l'assuré. Il a estimé que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant établi par le Dr C_____ devait certainement être confirmé puisque, d'une part, il y avait une évidence clinique que l'assuré ne simulait pas ses symptômes douloureux, d'autre part, le rhumatologue considérait que les constatations objectives n'expliquaient pas totalement la pathologie algique de l'assuré. En conséquence, il a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F. 45.4) présent depuis au moins 1998. Il a précisé que ce syndrome n'accompagnait aucun autre trouble psychiatrique et que ce diagnostic ne devait donc être pris en compte que dans ses conséquences dans les limitations fonctionnelles de nature physique décrites par le rhumatologue sans qu'il puisse être considéré comme cause d'invalidité pour troubles psychiatriques dans le cas de l'assuré. Il a expliqué que, du point de vue psychiatrique, il n'existait aucune limitation, ni au plan mental, ni pour les relations sociales, ni encore pour d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle. Il a précisé que ses observations ne modifiaient pas les conclusions du Dr C_____ dans son expertise du 1er septembre 2005.

22. Dans un avis médical du 20 mars 2006, le Dr E_____, médecin du Service médical régional AI, a considéré que l'état de santé s'était amélioré et que la capacité de travail était de 100 % dans un poste adapté au moins depuis septembre 2005 et probablement déjà depuis 1998.

23. L'assuré a bénéficié de mesures d'observation professionnelle du 14 août au 12 novembre 2006 qu'il a interrompues prématurément en date du 29 septembre 2006. Dans un rapport de synthèse du 6 novembre 2006, le responsable de la réadaptation professionnelle du CIP a indiqué que seules des tâches simples à caractère manuel étaient susceptibles de convenir mais qu'elles n'étaient pas envisageables sur la durée en raison des atteintes de l'assuré. Il a confirmé que les niveaux scolaires et intellectuels de l'assuré ne permettaient pas d'envisager une quelconque formation dans le domaine tertiaire. Dans le rapport OSER du 16 octobre 2006, les maîtres de réadaptation professionnelle ont relevé que les capacités physiques de l'assuré n'étaient actuellement pas compatibles avec un emploi manuel dans le circuit économique normal étant donné que la force de

préhension et la mobilité des doigts étaient diminuées, qu'il y avait une réduction de la résistance en cours d'activité, que l'assuré ne pouvait pas porter de charges ni maintenir de façon prolongée des positions statiques et qu'il subissait une limitation de la mobilité physique (pas de position penchée ou agenouillée). Ils ont précisé que, dans toutes les activités manuelles d'atelier, les limitations fonctionnelles devenaient gênantes au bout d'une période variant de 30 minutes à deux heures et que l'arrêt de l'activité en cours était nécessaire dès que les signes d'inconfort ainsi que de douleurs devenaient trop importants (enflures, rougeurs, raideurs et même blocage des doigts). Ils ont exposé que, dans des activités manuelles, le rythme de travail général était correct en début de journée, puis s'effondrait rapidement en raison des limitations fonctionnelles et que, parfois l'assuré arrivait déjà le matin avec des signes d'inflammation aux doigts (enflures et rougeurs) et se plaignait de douleurs importantes. Ils ont conclu que l'assuré ne pouvait pas être adapté, car bien qu'il existait une capacité de travail médico-théorique dans une activité satisfaisant aux limitations physiques, selon leur observation, cette capacité de travail ne pouvait pas être mise en évidence concrètement dans le circuit économique normal car l'employabilité de l'assuré y était nulle de sorte que la situation avait peu évolué depuis le stage de 1998 ce qui leur permettait de considérer cette inaptitude comme définitive.

24. Par décision du 7 février 2007, l'OCAI a estimé que l'état de santé de l'assuré et les circonstances économiques ne s'étaient pas modifiés depuis 1992 de sorte qu'il n'y avait pas matière à révision. Il a ajouté que, lors de la décision de rente de 1999, la question de la priorité de la réadaptation sur la rente n'avait pas été examinée objectivement ce qui permettait d'alléguer que la décision initiale de 1999 était manifestement erronée et qu'il y avait lieu de déterminer son taux d'invalidité pour l'avenir. En prenant en considération un revenu d'invalide statistique dans le secteur d'activités simples et répétitives ainsi qu'un abattement de 10 %, il a fixé le taux d'invalidité à 13 % et a conclu à l'extinction du droit à la rente dès le 1er avril 2007.

25. Par acte du 12 mars 2007, l'assuré a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Il a conclu, sous suite de dépens, au maintien du droit à une rente entière d'invalidité. Il a estimé que les résultats des stages d'observation professionnelle de 1998 étaient connus de l'intimé et il a soutenu qu'il n'y avait pas de divergences entre les résultats du stage de 1998 et les appréciations médicales de sorte que l'intimé avait estimé à tort que sa décision entrée en force était sans nul doute erronée. Il a allégué que la motivation de l'intimé consacrait l'arbitraire dès lors qu'aucune des conclusions de l'époque n'avait été sérieusement mise en cause par la suite. Il a estimé que les conditions autorisant une reconsidération et, a fortiori, une révision n'étaient pas réunies dès lors qu'il n'existait aucun changement de circonstances et aucun fait nouveau. Par ailleurs, il a reproché à l'intimé d'avoir retenu une pleine capacité de travail dans le secteur d'activités simples et répétitives, en se basant exclusivement sur le rapport du Dr C_____, sans motiver sa décision ni tenir compte des conclusions unanimes et constantes des

maîtres de rééducation. À cet égard, il a relevé que le rhumatologue n'avait pas eu un dossier complet puisque, pour exécuter son mandat d'expertise, il ne possédait pas le rapport du stage de réadaptation professionnelle effectué en 1998 qui constituait pourtant une pièce essentielle au dossier dans la mesure où il émanait d'une institution de l'assurance-invalidité dont la fonction était de compléter les données médicales en examinant concrètement sa capacité résiduelle de travail. Il a mis en question la force probante du rapport du Dr C_____ en tant qu'il souffrait d'importantes contradictions sur sa prétendue capacité de travail résiduelle puisqu'il ne relevait pas d'enflures et de rougeurs aux mains. Par ailleurs, il a également reproché à l'expert de ne pas s'être prononcé sur les travaux raisonnablement exigibles de sa part. Il a considéré qu'il ne s'agissait pas d'une expertise car elle ne procédait pas d'un examen détaillé, personnel et complet du patient. Il a relevé que l'intimé n'avait cité à titre d'exemple aucune activité adaptée raisonnablement exigible de sa part ce qui constituait une violation de son devoir de motivation. Il a contesté que des activités simples et répétitives puissent être exigées de sa part puisque de telles activités lui causaient rapidement d'insupportables douleurs et que de telles possibilités d'emploi étaient irréalistes dans la mesure où elles n'existaient que sous une forme tellement restreinte qu'il était d'emblée exclu de trouver un emploi correspondant.

26. Dans sa réponse du 8 mai 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs ressortant de la décision attaquée.

27. Le 24 mai 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture au recourant et a gardé la cause 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de révocation instaurée par l'intimé est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 7 février 2007 a été reçue par le recourant le 13 février 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 15 mars 2007 (art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 12 mars 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité du recourant et, en particulier, sur la suppression du droit à la rente à partir du 1er avril 2007 en raison de la révocation de la décision de rente de 1999.

5. Deux moyens permettent de revenir sur une décision d'octroi de rente, d'une part, 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. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En l'espèce, tel n'est pas le cas ce que reconnaît d'ailleurs expressément l'OCAI dans sa décision du 7 février 2007. C'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y avait pas matière à réviser la rente selon l'art. 17 LPGA car la comparaison entre la situation existant en 1998 au moment de l'octroi de la dernière rente d'invalidité avec celle prévalant lors de la décision attaquée confirme que l'état de santé du recourant ne s'est pas amélioré et que les circonstances économiques ne se sont pas modifiées au cours de la période déterminante (capacité résiduelle de travail de

100 % dans une activité adaptée; inaptitude au travail dans le circuit économique normal, absence de mise en pratique d'une activité lucrative).

D'autre part, 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.

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). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.2). 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 13 août 2003, I 790/01, consid. 3).

6. Il y a lieu d'examiner si l'octroi au recourant d'une rente entière d'invalidité dès le 1er septembre 1998 (décision du 22 janvier 1999) était manifestement erroné.

L'intimé prétend que, lors de la décision d'octroi de rente en 1999, il était insuffisamment informé des troubles du recourant ainsi que de leurs conséquences sur sa capacité de travail dans une activité adaptée et qu'il n'avait pas cherché à examiner les divergences entre les résultats du stage d'observation professionnelle et les appréciations médicales, de sorte qu'il n'avait pas examiné objectivement la question de la priorité de la réadaptation sur la rente, raison pour laquelle la décision initiale de 1999 était manifestement erronée. Pour sa part, le recourant allègue que l'intimé connaissait les résultats du stage d'observation professionnelle et qu'il n'y a jamais eu de divergences entre les résultats du stage de 1998 et les appréciations médicales.

Il y a lieu de relever qu' à l'ATFA non publié du 31 janvier 2003 (I 559/02) jugeant qu'une décision est sans nul doute erronée lorsqu'une rente d'invalidité a été accordée au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente, l'OCAI

n'avait pas du tout mis en œuvre de mesures de réadaptation professionnelle avant d'allouer la rente, soit une situation foncièrement différente du présent cas où la rente a été allouée après la mise en œuvre de mesures d'observation professionnelle. Toutefois, la question de savoir si cette jurisprudence est également applicable dans cette situation peut rester non résolue au vu du sort du recours.

Contrairement à ce que soutient le recourant, en 1998, le Dr A1_____ faisait déjà état d'une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, alors que les maîtres de réadaptation professionnelle considéraient que l'assuré n'était plus capable de rejoindre le circuit économique normal et que cette inaptitude était définitive car les conséquences des manifestations douloureuses de l'arthrite de l'assuré (limitations des mouvements, manque de force, baisse du rythme des gestes professionnels, rendements inexploitables) l'empêchaient de maintenir une activité régulière ainsi que d'atteindre un rendement exploitable même à la demi-journée ou avec une demi-efficacité.

Au vu de l'existence de divergences entre médecin et organes de réadaptation professionnelle, il convient d'examiner si l'intimé a alloué une rente entière d'invalidité de façon manifestement erronée.

Les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage pour utiles qu'elles soient ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATFA du 11 juillet 2005, I 531/04, consid. 4.2).

En l'occurrence, il convient de relever que, selon les maigres documents médicaux de l'époque figurant au dossier, le diagnostic posé en 1998 était celui d'arthrite, soit de troubles caractérisés cliniquement par la douleur, l'enflure, parfois la rougeur et la chaleur de l'articulation et évoluant vers la guérison totale ou vers l'ankylose ainsi que la déformation (Dictionnaire des termes de médecine Garnier-Delamare, 28^{e} édition, 2004). Or, lors du stage d'observation professionnelle, les maîtres de réadaptation avaient observé que l'apparition d'enflures aux articulations des mains entraînait une crispation et un manque d'harmonie des gestes. Ils avaient également constaté que les mouvements antalgiques interrompaient l'activité et que l'amplitude des gestes diminuait avec l'apparition des douleurs ce qui amoindrissait largement l'efficacité au travail du recourant et faisait augmenter la fréquence d'alternance des

positions. Ils avaient conclu que le rythme de travail du recourant était lié aux douleurs aux articulations qui étaient assez imprévisibles et que le rendement global sur la journée était inférieur à 30 % de sorte que seul un travail en milieu protégé, où il pourrait gérer son temps de travail en fonction de son état, était à même de lui convenir.

Il ressort de ces divers éléments que les maîtres de réadaptation professionnelle avaient acquis la conviction que les douleurs invoquées par le recourant entraînaient une diminution très importante du rendement global sans qu'il fût nécessaire d'examiner s'il y avait lieu d'exiger de l'assuré qu'il surmontât ses douleurs dès lors qu'elles étaient objectivables en raison de l'apparition d'enflures aux articulations qui caractérisent l'arthrite. Par ailleurs, le Dr A1_____, bien qu'il reconnaissait une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée, attestait également une incapacité de travail de 50 % manifestement dans la dernière activité exercée, à savoir celle de magasinier, soit un taux guère éloigné de celui constaté par les maîtres de réadaptation professionnelle en retenant un rendement de 30 %. En conséquence, contrairement à ce qu'affirme l'intimé, rien n'indique dans le dossier qu'il n'avait pas confronté les deux appréciations (médicale et observation professionnelle) et que, sur la base de ces deux appréciations, l'évaluation de l'invalidité à 80 % faite par l'intimé en tenant compte comme revenu d'invalide d'un gain en atelier protégé en raison de l'apparition imprévisible des crises douloureuses n'apparaît pas comme manifestement erronée. En réalité, c'est après avoir eu connaissance du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les Drs C_____ et D_____ à l'occasion de la procédure de révision de rente instaurée en 2006 que l'intimé a réexaminé la question de savoir si les douleurs du recourant pouvaient être surmontées par un effort de volonté raisonnablement exigible en application de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux (ATF 131 V 50). En effet, jusqu'ici, il considérait que les empêchements du recourant étaient objectifs en raison de l'apparition d'enflures aux mains.
Or, cette question ne se pose qu'en raison du nouveau diagnostic posé par les experts à la suite d'une nouvelle appréciation d'un état de fait identique et du développement de la jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux datant de 2000, soit postérieure à la décision entrée en force. En effet, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant posé par les experts n'est pas à proprement parler un nouveau diagnostic mais bien davantage une nouvelle qualification donnée par le corps médical à des troubles qui existaient déjà lors de la décision d'octroi de rente de 1999 et qui avaient été considérés à l'époque comme un problème rhumatismal malgré la négativité du HLAB 27 sans que des investigations supplémentaires n'aient été entreprises. A ce sujet, le nouveau diagnostic posé par les experts semble en contradiction avec les observations faites par les maîtres de réadaptation qui ont constaté des enflures, des rougeurs, des raideurs et même un blocage des doigts au bout d'une certaine période d'activités en atelier. De plus, l'absence d'explication du Dr C_____ quant au diagnostic

posé malgré la présence de ces limitations fonctionnelles, pourtant constatées par les maîtres de réadaptation, ne peut que faire douter de la pertinence du nouveau diagnostic posé qui, il faut le souligner, n'est considéré que comme probable par l'expert. Toutefois, au vu du sort du recours, il n'est pas nécessaire de trancher la question de la valeur probante des rapports d'expertise malgré l'existence manifeste de contradictions (cf. (ATF 125 V 352 ss consid. 3 et 3b/bb). Par ailleurs, la jurisprudence restrictive concernant le caractère invalidant du trouble somatoforme a commencé à être développée par le Tribunal fédéral des assurances en 2000 (ci-après : Tribunal fédéral des assurances; ATFA non publié du 19 janvier 2000, I 554/98, consid. 2c), à la suite d'une étude de MOSIMANN (Somatoforme Störungen : Gerichte und [psychiatrische] Gutachten, in RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss) de sorte que, lors de l'octroi de la rente d'invalidité en janvier 1999, l'intimé a forcément statué à bon droit sans prendre en considération cette pratique restrictive, ce qui ne lui permet pas de prétendre que sa décision était manifestement erronée. A ce sujet, le Tribunal rappelle que, selon une jurisprudence bien établie, il n'est pas possible de révoquer une décision de rente accordée dans le cadre de trouble somatoforme douloureux en invoquant uniquement la nouvelle jurisprudence plus restrictive du Tribunal fédéral des assurances (ATAS 652/2005, ATAS 57/2006, ATAS 810/2006, ATAS 158/2007).

Etant donné que les appréciations des experts ne représentent qu'une nouvelle appréciation de la situation médicale qui ne s'est pas améliorée (cf. ATFA non publié du 1er mars 2004, I 4/03, consid. 5) et qu'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), force est de constater que les conditions d''une reconsidération ne sont pas réalisées.

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être admis. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui sera accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

8. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, 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 soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'OCAI du 7 février 2007.

3. Condamne l'intimé à verser au recourant une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.

4. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

5. 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.

Le greffier : La présidente

Pierre RIES Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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