REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1083/2007 **ATAS/1226/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 6 novembre 2007

En la cause

Madame D_____, domiciliée , 1213 PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame D_____, née le 1969, exerçant une activité lucrative d'aide en médecine dentaire, a été victime d'un accident de la circulation en date du 5 décembre 1998 à la suite duquel elle a souffert de cervico-brachialgies gauches par séquelles de fractures costales en série et a présenté une impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche. Elle a repris son travail le 1er novembre 1999, mais a fait une rechute le 12 septembre 2000.

2. L'assurée a déposé une demande de prestations AI le 1er octobre 2001 auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession.

3. Son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'a considérée incapable de travailler à 100% dès le 18 septembre 2000 en raison de ses cervico-brachialgies. Il a en revanche indiqué qu'une autre activité était exigible, ne nécessitant ni force ni élévation du membre supérieur gauche, à plein temps, mais avec une diminution de rendement d'environ 25%.

4. Le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a été mandaté par l'assurance-accidents et a établi un rapport d'expertise le 6 novembre 2001, aux termes duquel il a conclu à une incapacité de travail de 100% au jour de l'expertise, en raison d'une atteinte somatique objectivable qui engendre un état algique chronique fluctuant et une incapacité fonctionnelle importante du membre supérieur gauche. Il a par ailleurs recommandé une expertise psychiatrique, qui permettrait de mettre en évidence la présence d'un éventuel état de stress post-traumatique.

5. L'assurée a été mise au bénéfice d'un stage d'observation professionnelle OSER tertiaire du 2 septembre au 1er décembre 2002 dans le cadre du Centre d'Intégration Professionnelle (CIP). Il résulte du rapport établi à l'issue du stage le 7 janvier 2003, que l'assurée peut travailler à mi-temps en escomptant un rendement normal dans un poste adapté. Les maîtres d'atelier ont observé un état faisant penser à de l'épuisement (grande fatigue) et à du découragement malgré une apparence soignée, la volonté de se montrer agréable dans les contacts sociaux et le souci de bien faire son travail. Il a été relevé que le rendement de l'assurée était certainement plus affecté, donc diminué, dans ses tâches ménagères et familiales que dans un poste de travail adapté (aux quasi-monomanuels), dans le circuit économique normal.

6. Le Dr C_____, médecin consultant du CIP, a confirmé le mi-temps constaté par les maîtres d'atelier.

7. La division de réadaptation professionnelle de l'AI a proposé, après avoir pris connaissance du rapport OSER d'accorder à l'assurée un reclassement professionnel

au sens de l'art. 17 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI) sous la forme d'une formation de type tertiaire (anglais et informatique) du 2 décembre 2002 au 18 juillet 2003 dans le cadre de la société SIGHT & SOUND FORMATION SA. Au terme de cette formation, l'assurée devrait pouvoir travailler en qualité de secrétaire ou de réceptionniste.

8. Dans le questionnaire servant à déterminer son statut, l'assurée a déclaré que si elle avait été en bonne santé, elle aurait exercé une activité lucrative en qualité d'assistante dentaire à plein temps, pour des raisons financières. Elle avait du reste toujours travaillé à plein temps jusqu'à l'accident. Elle a précisé qu'elle avait déjà entrepris des démarches en vue de reprendre un travail et s'était inscrite au chômage.

9. L'assurée a interrompu son stage professionnel le 9 avril 2003, en raison de son état de santé. Le Dr A_____ a indiqué le 22 août 2003 que l'état de sa patiente s'était aggravé, puisqu'elle souffrait depuis avril 2003 d'une arthrose inter-apophysaire lombaire, ce qui entraînait chez elle une difficulté et parfois l'impossibilité de rester longtemps assise. S'agissant de l'état du membre supérieur gauche, le statut était identique, aucune amélioration n'étant à signaler. Il a considéré que l'assurée ne pouvait exercer aucune activité lucrative, étant cependant précisé que quelques mois après la stabilisation des céphalées, la régression des symptômes du membre supérieur gauche et la diminution des douleurs lombaires grâce au corset, une reprise du stage serait éventuellement possible. Il relève par ailleurs un état d'épuisement lié à la douleur chronique pouvant déboucher sur une atteinte dépressive.

10. Chargée de déterminer le droit aux prestations de l'assurée, de la fin du délai de carence le 18 septembre 2001 au début de la mesure d'instruction le 2 septembre 2002, la Division de réadaptation professionnelle de l'AI a procédé à une comparaison des gains. Elle s'est fondée sur un salaire sans invalidité actualisé à 2001 de 62'300 fr. et sur un salaire avec invalidité de 42'999 fr. selon les données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2001, avec un rendement de 75% dans une activité de type commercial ou administratif et non qualifié. Elle a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 31%, soit un degré insuffisant pour justifier l'octroi d'une rente de septembre 2001 à septembre 2002.

11. Par décision du 6 février 2004, l'OCAI a en revanche reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, à compter du 1er juillet 2003.

12. Dans le cadre de la révision de la rente initiée par l'OCAI en novembre 2004, l'assurée a indiqué que son état de santé était resté le même.

    Le Dr A_____ a confirmé le 7 décembre 2004 que l'état de santé était stationnaire et indiqué qu'elle était incapable de travailler à 100% dans son activité antérieure et qu'il paraissait peu réaliste qu'une activité même adaptée soit

envisagée ; il a par ailleurs précisé que la compliance était optimale et qu'il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique.

13. Dans une note du 18 mai 2005, le Dr D_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a constaté que les investigations initiales très approfondies n'ont jamais permis d'expliquer médicalement ni la sévérité ni la persistance du syndrome douloureux. La seule expertise figurant au dossier, celle du Dr B_____, rhumatologue, datée de 2001, conclut de manière peu convaincante à une incapacité de travail totale dans toute activité. Dès lors, d'entente avec l'Office fédéral des assurances sociales - OFAS-, l'assurance RC et l'assurance-accidents, une expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) de Genolier sera organisée.

14. Le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et la Dresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont réalisé le rapport d'expertise COMAI le 23 janvier 2005. Il en ressort que l'assurée se plaint de ne pas pouvoir mobiliser son bras gauche qui est le membre dominant, de souffrir de maux de tête, et d'être en permanence fatiguée et d'avoir à se reposer souvent.

    Sur le plan somatique, l'examen est objectivement proche de la normale. Aucun examen n'a permis depuis 1998 de mettre en évidence clairement une pathologie explicative de la situation, le dernier tableau neurologique du Dr G_____ n'expliquant pas le tableau constaté. L'assurée a déclaré qu'elle se faisait aider dans toutes les activités du quotidien alors que l'expert a observé qu'elle se déshabillait sans problème, qu'elle mobilisait normalement son membre supérieur gauche lorsqu'il s'est agi d'enlever son alliance et que la mesure des périmètres des membres supérieurs est la même des deux côtés, ce qui va à l'encontre d'une sous ou non utilisation d'un côté. L'expert a pris contact avec le Dr H_____, médecin généraliste traitant, qui s'est révélé très surpris d'apprendre qu'une rente AI avait été admise, rapportant que l'assurée ne s'était jamais plainte auprès de lui d'un handicap quelconque au niveau du membre supérieur gauche. La patiente le consulte habituellement pour des problèmes de grippe, sinusite ou orgelet. L'expert partage l'avis du Dr G_____ lorsqu'il décrit initialement des migraines qui ont été suivies de céphalées médicamenteuses secondaires à des abus médicamenteux. Ce type de situation est banal et se retrouve chez plus de 10% des céphalalgiques chroniques et se traitent par un sevrage des substances en cause d'abord, puis par l'introduction d'un traitement adéquat. L'expert relève enfin que la fatigue dont se plaint l'assurée est non objectivable, puisqu'aucune pathologie n'a été mise en évidence pouvant perturber gravement la qualité du sommeil. Le Dr H_____ a cependant signalé à cet égard une hypotension qui pourrait expliquer une partie de la fatigue et aussi une anémie qui justifie ponctuellement un traitement.

Sur le plan psychique, il est relevé que l'assurée n'a pas été traumatisée par son accident, qu'il n'y a aucun signe en faveur d'un état de stress post-traumatique et que du reste elle n'émet aucune plainte à cet égard et n'éprouve pas le besoin de consulter un psychiatre.

Aussi les deux experts ont-ils conclu à une capacité entière de travail dans toute activité.

15. Par décision du 24 mai 2006, l'OCAI, se fondant sur le rapport d'expertise du COMAI, a informé l'assurée que sa rente entière était supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

16. L'assurée, représentée par Maître Daniel MEYER, a formé opposition le 26 juin 2006. Elle constate que les conclusions du rapport d'expertise sont en contradiction manifeste avec sa véritable situation médicale, laquelle a été confirmée par les Drs H_____, A_____, B_____ et les nombreux autres spécialistes étant intervenus dans son cas, notamment les Drs I_____ et J_____. Elle considère ainsi qu'exiger d'elle qu'elle reprenne son activité antérieure à plein temps est parfaitement déraisonnable.

17. Par décision du 12 février 2007, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirme que la décision du 6 février 2004 était manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA).

18. L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours le 15 mars 2007 contre ladite décision. Elle conclut à l'annulation de la décision du 12 février 2007 et à la confirmation de celle du 6 février 2004 la mettant au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

    Le 18 avril 2007, elle a transmis au Tribunal de céans copie du compte-rendu de l'examen myographique pratiqué le 28 mars 2007 par le Dr K_____, spécialiste FMH en neurologie. Cet examen a mis en évidence des signes de dénervation modérés et chroniques affectant les muscles dont l'innervation procède en particulier de C7 et concernant C4 (hernie discale C3-C4), une minime dénervation d'aspect chronique dans le rhomboïde gauche. Selon le Dr K_____, un syndrome de la traversée thoraco-brachiale dans son expression neurologique a été exclue, une compression vasculaire positionnelle est cependant évidente. Il indique également qu'un syndrome du tunnel carpien a été exclu du côté gauche ; tout au plus observe-t-on une latence motrice distale du médian proche de la limite supérieure de la norme. Les conductions sensitives et le myogramme thénarien sont physiologiques.

Le 14 mai 2007, l'assurée a sollicité l'audition du Dr L_____, spécialiste FMH en médecine générale et du Dr M_____, spécialiste en traitement de la douleur, ainsi que la comparution personnelle des parties.

19. Invité à se déterminer, le Dr D_____ du SMR a relevé que les signes de dénervation et la compression vasculaire positionnelle signalés par le Dr K_____ étaient déjà connus des experts du COMAI, lesquels ne les ont précisément pas retenus comme causes d'incapacité de travail. Il constate également que ce médecin ne mentionne aucune incapacité de travail en lien avec les atteintes constatées.

20. Dans sa réponse du 21 mai 2007, l'OCAI a dès lors conclu au rejet du recours.

21. Le Dr L_____ a été entendu par le Tribunal de céans le 3 juillet 2007. Il a indiqué qu'il était le médecin traitant de l'assurée depuis le 19 février 2007, que celle-ci était venue le consulter en raison de névralgies cervico-brachiales, de douleurs lombaires et d'une affection thoracique d'une part et parce qu'elle souffrait de dépression grave, liée au fait qu'elle était en procédure de divorce, avec idées suicidaires d'autre part. Le Dr L_____ a déclaré que sa patiente était incapable de travailler à 100%, quelle que soit l'activité envisagée pour des raisons tant somatiques que psychiques. Il a par ailleurs exclu la présence d'un trouble somatoforme douloureux.

    Le Dr M_____ a été entendu le même jour. La patiente lui a été adressée par le Dr A_____ ou le Dr L_____ pour la première fois le 25 avril 2007, en raison du développement de douleurs chroniques (cervico-brachialgies). Le Dr M_____ a indiqué qu'il n'avait rien pu mettre en évidence qui aurait permis de mettre un traitement en place minimalement agressif. Il n'a pas pu poser de diagnostic étiologique, les seuls points objectivement constatables étant une petite hernie C3-C4 et de discrets signes de dénervation chronique sur le nerf C7 (vus à l'électromyographie). Selon lui, il n'y a ainsi pas de limitation fonctionnelle du point de vue physique, il relève cependant qu'il est difficile d'évaluer ce que l'assurée peut accomplir, compte tenu des douleurs dont elle souffre, puisqu'il s'agit-là d'un aspect subjectif. Il a enfin écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

    Lors de sa comparution personnelle, l'assurée a déclaré persister dans les conclusions de son recours.

21. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance

unique des contestations prévues à l'article 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 fédérale 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

   Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 12 février 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2000-2001, le présent litige sera examiné à la lumière des anciennes dispositions de la LAI pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte 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). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

5. Le litige porte sur le droit de l'OCAI de procéder à la suppression de la rente entière d'invalidité accordée à l'assuré le 6 février 2004.

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain,

elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). 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 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin

consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Il y a lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

8. 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. 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, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une

comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (sur demande ou d'office; ATF 133 V 108).

9. Selon l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). 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 (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA 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 l'art. 53 al. 2 LPGA, 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.

   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).

10. Il convient tout d'abord de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision. Pour que l'art. 17 LPGA s'applique, il faut que le taux d'invalidité ait subi une modification notable, après la décision initiale.

11. En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur le rapport des Drs E_____ et F_____ pour supprimer la rente entière d'invalidité jusque-là versée à l'assurée.

    L'assurée fait valoir que ce rapport n'a pas valeur probante, dans la mesure où les conclusions des médecins du COMAI sont en contradiction manifeste avec les constatations faites par tous les autres médecins qui l'ont examinée.

    Le Tribunal de céans constate cependant que le rapport réalisé par les Dr E_____ et F_____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assurée et quelles limitations elles entraînaient. Leurs conclusions sont claires et bien motivées.

12. Interrogé dans le cadre de la révision du dossier, le Dr A_____ a déclaré que l'état de santé était stationnaire ; il a confirmé l'incapacité de travail à 100% et indiqué qu'une reprise de travail dans une activité même adaptée était peu réaliste. Le Dr D_____ n'a en réalité pas nié qu'il n'y ait pas eu de changement depuis l'octroi de la rente entière en février 2004 dans la situation médicale de l'assurée, mais a constaté que les investigations faites à l'époque n'avaient pas été approfondies et n'avaient pas permis d'expliquer ni la sévérité ni la persistance du syndrome douloureux. Force dès lors est de constater que les circonstances sont demeurées les mêmes, le Dr D_____ envisageant qu'il puisse y avoir une appréciation différente et proposant de ce fait la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire. Il n'y a dès lors pas matière à révision, les conditions de l'art. 17 LPGA n'étant pas réalisées.

13. Il reste à établir si la décision initiale de l'OCAI peut être revue par la voie de la reconsidération. Il convient pour ce faire de déterminer si celle-ci était à l'époque manifestement erronée ou pas.

    Dans un premier rapport, le Dr A_____ avait considéré que sa patiente était incapable de travailler à 100% dès le 18 septembre 2000 en raison de ses brachialgies. Il précisait cependant qu'une autre activité, ne nécessitant ni force ni élévation du membre supérieur gauche, était exigible à plein temps, avec une diminution de rendement de 25%. Ce médecin avait ensuite observé une aggravation de l'état de santé de sa patiente, laquelle souffrait depuis avril 2003 d'une arthrose inter-apophysaire lombaire. Il avait néanmoins précisé qu'une reprise du stage de réadaptation professionnelle - que l'assurée avait entrepris en décembre 2002 et interrompu en avril 2003 - serait possible quelques mois après la stabilisation de céphalées, la régression des symptômes du membre supérieur gauche et la diminution des douleurs lombaires grâce au corset.

    Le Tribunal de céans constate qu'aucune instruction complémentaire, portant plus particulièrement sur la capacité résiduelle de travail, n'a été réalisée par l'OCAI qui

a alors rendu sa décision d'octroi d'une rente entière à compter du 1er juillet 2003, soit 3 mois après l'aggravation de l'état de santé due à la survenance de l'arthrose lombaire (art. 88a al. 2 LAI). Or, le TFA a déjà eu l'occasion de juger 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 (ATF du 31 janvier 2003, I 559/2002).

Il convient de considérer, au vu de ce qui précède, que la décision initiale de l'OCAI du 6 février 2004 était manifestement erronée et pouvait être revue par la voie de la reconsidération.

14. Il ressort du rapport d'expertise du 23 janvier 2005 établi par les Dr E_____ et F_____, ayant au demeurant valeur probante, que l'assurée présente une capacité entière de travail, quelle que soit l'activité envisagée.

15. L'assurée a contesté les conclusions du rapport d'expertise, alléguant qu'elles sont en contradiction avec celles des médecins qui l'ont examinée. Elle s'est à cet égard référée aux Drs H_____, A_____, B_____, I_____ et J_____. Elle a produit un compte-rendu d'examen du Dr K_____ et a sollicité l'audition des Drs L_____ et M_____.

    Le Dr B_____ a réalisé une expertise pour le compte de l'assurance-accidents le 6 novembre 2001. Le fait que son rapport soit relativement ancien ne permet pas de remettre en cause les conclusions actuelles des experts du COMAI, ce d'autant moins que le Dr B_____ n'excluait pas complètement une éventuelle reprise de travail, suivant l'évolution.

    Il y a lieu de constater que les différents médecins dont se prévaut l'assurée ne posent pas de diagnostic précis qui viendrait justifier que l'on s'écarte des observations des Drs E_____ et F_____.

    Le rapport du Dr K_____ du 28 mars 2007 n'est à cet égard d'aucune utilité non plus, dans la mesure où ce médecin fait état de diagnostics dont les experts du COMAI ont expressément tenu compte.

    L'audition des Drs L_____ et M_____ n'a pas apporté non plus d'élément suffisant pour qu'il en soit tenu compte.

16. Il est vrai que lors du stage d'observation professionnelle OSER effectué dans le cadre du CIP du 2 septembre au 1er décembre 2002, soit avant l'aggravation survenue en avril 2003, il avait été constaté que l'assurée pouvait travailler à mi-temps avec un rendement normal dans un poste adapté. Il convient toutefois de rappeler que les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Ces

données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

Le Tribunal de céans constate au demeurant que les conclusions des experts du COMAI ne sont en réalité pas en contradiction avec les observations faites par le Dr A_____, lequel envisageait en août 2003, soit après l'aggravation de l'état de santé due à la survenance de l'arthrose lombaire, la possibilité d'une reprise du stage professionnel.

Aussi la décision de l'OCAI de suppression de la rente d'invalidité doit-elle être confirmée et le recours rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.

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

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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