

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4526/2005

ATAS/42/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 17 janvier 2007

En la cause

Madame A_____, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Isabelle DUBOIS et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame A _____, née en juillet 1953, est mariée et mère de deux enfants nés en 1973 et en 1977. Elle a travaillé en tant qu'ouvrière jusqu'au 30 septembre 1995, date à laquelle elle a été licenciée en raison du transfert à l'étranger des activités de production de son employeur. Par la suite, elle a été sans emploi et a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage.
2. Depuis 1995, elle s'est plainte de cervico-brachialgies droites, ainsi que d'épicondylalgies et a été plusieurs fois en arrêt de travail, puis définitivement dès le 2 janvier 1996.
3. Le 31 janvier 1996, elle a subi une opération de l'épicondylite droite. L'évolution de cette intervention a été marquée par l'apparition d'un syndrome épaule-main, confirmé par une scintigraphie osseuse, qu'un traitement médicamenteux a permis d'améliorer. Par la suite, on a assisté à l'apparition des polyarthralgies migratoires et de lombalgies, ainsi qu'à la persistance de cervico-brachialgies.
4. Le 23 janvier 1997, le Docteur B _____, spécialiste en médecine interne, a estimé, dans sa lettre du 23 janvier 1997 adressée au Docteur C _____, rhumatologue, que la fonction du bras droit de l'assurée n'était plus utilisable pour un travail quelconque. Dès lors que celle-ci se plaignait également que son épaule gauche commençait à lui faire mal comme à droite, ce médecin lui a conseillé de déposer une demande de prestations d'invalidité.
5. Une telle demande a été formée le 28 janvier 1997.
6. Dans son rapport du 4 avril 1997, le Docteur D _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a attesté une incapacité de travail de 100% dès le 2 janvier 1996. Il a diagnostiqué un état dépressif et un status après une algodystrophie de Sudeck du membre supérieur droit. Selon ce médecin, des mesures professionnelles étaient indiquées et il n'y avait pas de contre-indications dans la profession exercée jusque là, si ce n'est une épargne du bras droit.
7. L'incapacité totale de travail de l'assurée depuis la date susmentionnée est également confirmée par le Docteur C _____, dans son rapport du 8 mars 1999. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et il y avait des contre-indications dans la profession exercée jusqu'ici, de l'avis de ce médecin. Il a estimé par ailleurs qu'aucune activité adaptée à l'invalidité n'était possible. Il a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux, un rhumatisme psychogène, un état dépressif, un status après une cure

chirurgicale d'épicondylite droite, une algoneurodystrophie du membre supérieur droit secondaire, une aphonie psychogène, des lombalgies chroniques, une périarthropathie chronique de l'épaule gauche, des cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés et une gastrite. Ce praticien a fait état d'une évolution vers un syndrome douloureux chronique, un état dépressif et des somatisations multiples. Selon les plaintes actuelles de la patiente, elle avait des douleurs au rachis, souffrait d'une fatigue chronique, d'une raideur matinale, d'une faiblesse subjective des deux membres supérieurs sans évidence de rhumatismes inflammatoires ou autre pathologie (résultats de laboratoire normaux). Le Dr C_____ a estimé la capacité de travail résiduelle à 25%.

8. Dans son rapport du 30 mars 2000, la Doctoresse E_____, psychiatre, a attesté une incapacité de travail de 100%. Selon ses diagnostics, l'assurée souffre d'un trouble somatoforme et d'un état dépressif majeur sévère en rémission. Dans sa lettre du 4 avril 2000 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), elle a précisé que sa patiente avait présenté un état dépressif majeur, d'intensité sévère probablement réactionnaire aux douleurs articulaires et somatiques, lorsqu'elle l'avait rencontrée en début de l'année 1999. Ces douleurs la handicapaient passablement au niveau de sa qualité de vie, de son autonomie et provoquait un sentiment de dépréciation d'elle-même. A la suite d'un traitement anti-dépresseur, une amélioration nette, du point de vue de l'humeur, s'était produite même si les douleurs physiques restaient très intenses.
9. Les 15 et 30 octobre 2001, l'assurée a été examinée au Centre d'observation médical de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Dans son rapport du 26 décembre 2001, ce centre a diagnostiqué, à titre de maladie avec influence essentielle sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux persistant sous la forme de fibromyalgie, d'un syndrome cervico-brachial chronique et d'un syndrome lombo-vertébral non radiculaire chronique, ainsi qu'un trouble de la personnalité dépendante et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Du point de vue rhumatologique, il n'y avait pas d'argument pour une maladie de Sudeck et la symptomatologie douloureuse était plutôt à mettre sur le compte d'une fibromyalgie. La capacité de travail de l'expertisée était, sur le plan rhumatologique, de 80% dans son activité antérieure et de 100% dans une activité adaptée. Selon la consultante en psychiatrie, l'état dépressif était au décours, mais il existait un risque important de rechute. L'expertisée bénéficiait d'un suivi psychiatrique, lequel était encouragé à poursuivre. D'un point de vue psychiatrique, l'assurée présentait une incapacité de travail de 70%. Dans leur conclusion de synthèse, les experts du COMAI ont évalué sa capacité de travail à 50% dans l'ancienne profession ou dans toute autre activité adaptée avec port de charges légères, temps de repos aménagés, bras de levier diminué et temps de

marche restreint. L'avis divergent du collège des médecins était motivé par le fait que l'assurée était bien intégrée tant au niveau familial que social, dès lors qu'elle était capable d'avoir une activité de fitness et de gymnastique et une vie sociale en dehors de son foyer. Elle était également en mesure d'effectuer la majorité des gestes de la vie quotidienne, lesquels paraissaient aussi exigibles dans une activité lucrative partielle. Selon leur avis, l'assuré présentait certaines ressources, n'avait pas totalement régressé et était présentable à un futur employeur.

10. Par sa décision formelle du 30 mai 2002, l'OCAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, ainsi qu'une rente complémentaire pour conjoint dès le 1^{er} janvier 1997, en se fondant sur le rapport du COMAI.
11. Le 6 juin 2002, le conseil de l'assurée a invité l'OCAI à procéder à une rectification de la décision, en concluant implicitement à l'annulation de celle-ci, à l'octroi d'une rente entière et d'une rente complémentaire pour son fils Silvio. Ce courrier accompagné de ses annexes a été adressé par l'OCAI à la Commission cantonale de recours AVS/AI (ci-après : la Commission de recours) comme objet de sa compétence.
12. Le 6 juin 2002, la recourante a également adressé à la Commission de recours une attestation médicale de la Doctoresse E_____ par laquelle celle-ci a certifié que sa patiente était traitée depuis le 14 juin 1999 pour un état dépressif majeur réactionnel secondaire à des douleurs à caractère chronique et que son état était stationnaire. Toutefois, depuis avril 2002, l'état de sa patiente s'était nettement péjoré, en raison de l'augmentation de l'anxiété consécutive à la réponse négative de l'assurance-invalidité. La recourante a en outre produit à la même date une lettre du Docteur C_____ à l'attention de son conseil, dans laquelle ce praticien a déclaré notamment que le pronostic pour la reprise d'un travail quelconque était extrêmement défavorable, dans la mesure où les efforts qu'elle devait déjà fournir pour avoir une vie sociale en dehors du foyer et effectuer des exercices physiques, tout en contestant qu'elle faisait du fitness, lui prenait toute son énergie.
13. Dans sa détermination du 20 août 2002, l'OCAI a conclu au rejet du recours, en se fondant sur le rapport d'expertise du COMAI.
14. Le 21 mars 2003, l'OCAI a communiqué à la Commission de recours copie d'une correspondance que lui avait adressée le conseil de la recourante en date du 2 mars 2003, accompagnée du rapport médical du 6 février 2003 de la Doctoresse E_____, et la note du 14 mars 2003 de son médecin-conseil, le Docteur F_____. Dans le courrier susmentionné, le conseil de la recourante sollicité une reconsidération de la décision dont est recours en raison d'une aggravation de l'incapacité de travail, ainsi que de la découverte

d'une intolérance à la morphine qui avait été utilisée pour l'anesthésie de sa mandante lors de l'intervention chirurgicale de l'épicondylite en 1996 et qui semblait être à l'origine de ses plaintes. Quant à la Doctoresse E_____, elle a fait état d'une rechute importante de la maladie dépressive au cours de l'année 2002, dès lors que sa patiente ne comprenait pas que sa souffrance n'était pas reconnue. Cet état de tension a entraîné des troubles du sommeil, une apathie et un état d'anxiété qui s'était exacerbé avec des douleurs de type fibromyalgie et ce malgré la persistance d'un traitement anti-dépresseur bien respecté par la patiente. Cette psychiatre a dès lors attesté une incapacité de travail de 100%, tout en relevant que la situation sociale de sa patiente s'était dégradée également avec un repli sur elle-même et un désir de mort de plus en plus important.

15. En se déterminant le 21 avril 2003 sur l'appréciation médicale de la Doctoresse E_____, le Docteur F_____ a fait notamment observer que l'aggravation de l'état de santé de la recourante était postérieure à la décision, de sorte que cette modification pouvait tout au plus faire l'objet d'une demande de révision.
16. Le 24 juillet 2003, la recourante a produit une attestation médicale du Professeur G_____ de la Clinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Selon celle-ci, la patiente s'était déplacée à l'examen avec beaucoup de précautions et avait des transpirations au niveau des mains. Elle déclarait des raideurs musculaires matinales et se disait très gênée dans sa vie quotidienne. Les bilans radiologiques IRM montraient une arthrose lombaire non spécifique, une cervicarthrose discrète, mais non inquiétante. Ce praticien a été également frappé de voir que tous les points de fibromyalgie étaient douloureux, au niveau des trapèzes, du sternum, des triceps, des poignets, du bassin des deux côtés, sur toute la longueur de la colonne, des tenseurs de la fascia lata, les grands trochanters et la patte d'oie.
17. Dans ses écritures du 28 août 2003, l'OCAI a persisté dans ses conclusions, tout en relevant que les observations du Professeur G_____ n'apportaient rien de nouveau.
18. Le 28 octobre 2003, la recourante a produit copie du courrier des Docteurs H_____ et I_____, spécialistes en allergologie-immunologie, du 5 août 2003 au Docteur C_____. Ces médecins ont mis en évidence l'existence d'une perturbation immunitaire qui suggérait la présence d'un état inflammatoire sous-jacent tel qu'une inflammation chronique des muqueuses, le début de typhoïdite ou de maladies auto-immunes débutantes. Toutefois, l'origine et le facteur causal de l'état inflammatoire observé étaient inconnus. Selon ces médecins, cet état contribuait probablement aux manifestations de

fibromyalgie que la patiente évoquait, même si le tout était amplifié par sa labilité thymique.

19. En se déterminant sur le rapport de ce dernier médecin, le Docteur F_____ a relevé que ces médecins ne se prononçaient pas sur l'effet de la perturbation constatée sur la capacité de travail et que ce problème ne présentait pas en soi une cause d'empêchement de travailler. Sur la base de cet avis médical, l'OCAI a repris ses conclusions antérieures.
20. Par arrêt du 15 avril 2004, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours, dans le sens où le droit de la recourante à une rente complémentaire pour enfant du 1^{er} janvier 1997 au 31 août 1998 était reconnu. Pour le surplus, il a confirmé la décision litigieuse, en ce qu'elle accordait à la recourante une demi-rente d'invalidité. Enfin, il a renvoyé la cause à l'intimé pour ouvrir une procédure de révision, à la suite de l'aggravation de l'état de santé alléguée.
21. Se conformant à l'injonction du Tribunal de céans, l'OCAI a procédé à l'instruction de la demande de révision de l'assurée. Il a ainsi mis en œuvre un examen psychiatrique qui a été effectué par le Service médical régional de la Suisse Romande (ci-après SMR). Selon le rapport du 13 juin 2005 de ce service, sous la plume de la Dresse J_____, l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé psychique avec répercussion sur la capacité de travail. Cette psychiatre a jugé que le syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie qu'elle a diagnostiqué n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expertisée se plaignait de douleurs ubiquitaires accompagnées de blocages (région lombaire et les deux coudes), de paresthésies, de faiblesses, ainsi que de céphalées d'apparition récente. Dans le status, cette praticienne a mentionné :

"Assurée de présentation correcte, orientée et collaborante. La démarche révèle une boiterie des deux membres inférieurs prédominants à G. La mobilisation du haut du corps est tout à fait harmonieuse, la position assise sur la chaise est stable durant 50 minutes. La psychomotricité est vive, la thymie souriante, l'assurée s'exprimant avec une pointe d'humour. La connaissance du français est tout à fait correcte (...). Le contenu du discours est cohérent, le focus conservé. L'anamnèse est retranscrite avec une bonne mémoire, mais une difficulté dans le maniement des chiffres. L'attention est excellente. L'appétit est correct, le sommeil entrecoupé en raison des douleurs. La vision de l'avenir est bien préservée, l'assurée a une bonne image de soi, aucun sentiment de culpabilité. Pas d'anhédonie. Il n'y a pas de scénario suicidaire et pas de fatigue objectivée. Le moral est décrit comme dépendant de l'intensité des douleurs.

Il n'a été décelé aucun élément de la ligne psychotique ni évocateur d'un trouble grave de la personnalité".

La Dresse J_____ a également indiqué que les baisses de l'humeur étaient inconstantes, au gré des douleurs, et qu'elles ne correspondaient pas au critère de la classification internationale des maladies psychiques (CIM-10) d'une dépression. Elle a en outre relevé que l'assurée ne présentait pas de trait prémorbide de la personnalité, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'affection corporelle chronique ni de perte d'intégration sociale. Elle tirait éventuellement un profit de la maladie dans le sens d'une sollicitation de son entourage pour les travaux ménagers du quotidien. Ses douleurs étaient chroniques depuis 1996 et les traitements conformes aux règles de l'art n'étaient pas efficaces. Cependant, malgré l'importance des douleurs alléguées, la mobilisation du haut du corps de l'assuré était parfaitement harmonieuse et l'intensité des douleurs prenait une caractéristique vague. Il n'y avait pas non plus de demande de soins du point de vue psychiatrique, dès lors que l'assurée ne voyait plus son psychiatre depuis juin 2004. Cela étant, la Doctoresse J_____ a conclu que l'état de santé psychique de l'assurée s'était amélioré et que la date de l'amélioration pouvait être située à la fin de la prise en charge psychiatrique en juin 2004. Toutefois, l'assurée continuait à prendre un traitement anti-dépresseur et anxiolytique, ainsi qu'antalgique.

22. Dans son avis médical du 26 juillet 2005, le SMR a constaté qu'il n'y avait pas d'aggravation, sur le plan somatique, au vu du diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec fluctuation des plaintes et de l'absence de signes cliniques et radiologiques objectifs. Il a souligné à cet égard que l'IRM du 29 janvier 2004 était superposable à l'IRM du 18 avril 2001. Sur le plan psychiatrique, le SMR a relevé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré. S'agissant du trouble de la personnalité dépendante que le COMAI avait retenu, il a souligné que ce trouble n'était pas décompensé, de sorte que ce diagnostic n'avait aucune influence sur la capacité de travail. Le SMR a ainsi conclu que la celle-ci était de 100% dans une activité adaptée. A titre de limitation fonctionnelle, il a mentionné qu'un poste de travail devrait donner la possibilité de changer les positions, éviter les positions en porte-à-faux, le port de charges de plus de 10 kilos et les travaux des membres supérieurs au-dessus de l'horizontale .
23. Par décision du 17 août 2005, l'OCAI a supprimé le droit à la rente de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, en se fondant sur l'examen psychiatrique du SMR, ainsi que l'avis médical de ce dernier.
24. Par acte du 19 septembre 2005, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition à cette décision en concluant, préalablement, à ce qu'une

nouvelle mission d'expertise médicale multidisciplinaire soit ordonnée, à l'annulation de la décision litigieuse et l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle a contesté que son état psychique s'était amélioré et a persisté à affirmer que le syndrome douloureux chronique entraînait de sévères répercussions sur sa capacité de travail. Se faisant, elle s'est fondée sur l'avis médical du 14 septembre 2005 du Dr C _____, lequel était d'un avis totalement opposé à celui émis par le SMR.

25. Selon la lettre du 14 septembre 2005 du Dr C _____ au conseil de l'assurée, il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, sur le plan somatique. Sa patiente estimait toutefois que son syndrome douloureux était très handicapant et totalement limitatif pour la reprise d'une quelconque activité. Elle souffrait en effet de douleurs chroniques et handicapantes et n'avait parfois plus envie de vivre, comme en témoignait également son mari présent lors de la consultation auprès de ce médecin. Celui-ci l'avait également constaté lui-même tout au long de la longue prise en charge depuis le 30 avril 1996. Concernant le problème psychiatrique, il a souligné que sa patiente se trouvait sous traitement chronique anti-dépressif et anxiolytique. Elle souffrait d'épisodes anxieux et dépressifs récurrents qui pouvaient être variables en intensité mais tout de même fréquents (plusieurs fois par semaine). Il ne voyait pas comment on pouvait qualifier ces troubles comme baisse de l'humeur ou inconstants. Selon ce médecin, ces troubles devaient faire partie de la définition du trouble somatoforme et il y avait une répercussion certaine sur la capacité de travail. Sa patiente le consultait régulièrement pour l'établissement des ordonnances concernant le traitement psychiatrique et pour discuter des gestion et prise en charge de ses douleurs. Dans cette situation, elle n'avait pas trouvé utile de poursuivre une consultation psychiatrique qui ne lui apportait pas de soulagement. Il était par ailleurs caractéristique des troubles somatoformes que ceux-ci n'avaient pas forcément de retentissement sur les mouvements du corps mais prenaient des allures douloureuses, vagues et diffuses. De l'avis du C _____, la santé psychique de sa patiente ne s'était pas améliorée depuis l'octroi de sa demi-rente et elle ne tirait pas profit de sa maladie. Son problème était toujours resté le même avec un discours douloureux, envahissant et d'importantes limitations dans sa vie de tous les jours. L'humeur de la patiente était triste et elle souffrait de troubles du sommeil. Ainsi, elle présentait toujours une comorbidité psychiatrique en raison du trouble somatoforme. Enfin, ce médecin a mis en doute l'indépendance de l'assurance-invalidité, en raison des problèmes actuels de son financement.
26. Par décision sur opposition du 17 novembre 2005, l'OCAI a rejeté celle-ci, en reprenant pour l'essentiel son argumentation intérieure.

27. Par acte du 19 décembre 2005, reçu le 21 suivant, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en reprenant ses conclusions formulées dans l'opposition, sous suite de dépens, et son argumentation antérieure.
28. Dans sa détermination du 7 février 2006, l'intimé conclu au rejet du recours, en se référant à sa décision sur opposition.
29. Le 28 mars 2006, le Tribunal de céans a communiqué aux parties qu'il avait l'intention de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et de la confier au Dr K_____, psychiatre. Il leur a également donné connaissance des questions posées à l'expert.
30. Le 12 avril 2006, l'intimé a informé le Tribunal de céans qu'il n'avait pas d'objection quant à la personne de l'expert et aux questions à lui poser. Il a par ailleurs produit un avis médical du 6 avril 2006 du SMR, par lequel celui-ci se détermine sur le rapport du Dr C_____ du 14 septembre 2005. Le SMR estime que cela n'apporte pas de nouveaux éléments. Il a relevé notamment qu'il était normal que l'assuré réagisse à la suppression de la rente avec une réaction dépressive. Toutefois, une telle réaction faisait partie du trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, sans que ces troubles aient l'importance d'une maladie psychiatrique invalidante.
31. Par son courrier du 28 avril 2006, la recourante a adhéré aux questions et au choix de l'expert.
32. Par ordonnance du 9 mai 2006, le Tribunal de céans a mis en œuvre une expertise psychiatrique et l'a confiée au Dr K_____, tout en déclarant le recours recevable.
33. Dans son rapport d'expertise du 10 octobre 2006, l'expert a posé le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il a relevé que, en cas de trouble somatoforme douloureux, il était difficile de diagnostiquer un véritable épisode dépressif. Souvent, le tableau d'une dysthymie était retrouvé, soit un état subdépressif chronique, marqué par l'importance des plaintes subjectives, tandis que les signes objectifs manquaient, étaient peu présents ou fluctuants. L'expertisé illustre parfaitement cette difficulté, au vu des diagnostics différents posés par plusieurs examinateurs. Quant à l'expert, il a estimé que le syndrome dépressif actuel semblait correspondre plutôt au diagnostic de dysthymie (F34.1), en raison de ces caractéristiques (fluctuations de l'humeur, prédominance des manifestations subjectives sur les signes objectifs). Il a expliqué également que le fait que le syndrome dépressif fût actuellement modéré en l'absence de traitement antidépresseur valable (le taux plasmatique de l'antidépresseur était au-dessous des valeurs attendues lors de l'examen, ce qui était compatible avec une prise irrégulière

du médicament), parlait contre la présence d'une trouble dépressif durable et sévère. Il était probable qu'elle souffrait depuis plusieurs années d'une dysthymie, sur laquelle se greffaient occasionnellement des épisodes dépressifs francs. S'agissant du diagnostic de trouble de la personnalité, il n'était pas suffisamment étayé par le dossier et par l'anamnèse pour être retenu, de l'avis de l'expert. A cet égard, il a relevé que le comportement dépendant de l'expertisée était limité au milieu familial et était apparu tardivement. En ce qui concerne le trouble de la personnalité passive - agressive retenu par le psychiatre traitant, ce diagnostic ne figurait plus dans la CIM-10. Un tel trouble n'était pas non plus présent dès le début de l'âge adulte et n'avait pas occasionné une souffrance personnelle et des problèmes relationnels répétés. Le tableau clinique était par ailleurs stationnaire depuis l'expertise de 2001. Quant à la probable aggravation qui s'était produite à l'annonce de la suppression de la rente d'invalidité, celle-ci était en principe temporaire et ne devait pas durer plus de six mois. Pour l'appréciation du caractère invalidant du syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert s'en est remis à l'appréciation du juriste.

34. Le 3 novembre 2006, l'OCAI s'est déterminé sur le rapport d'expertise du Dr K_____. Il a fait valoir que l'absence d'atteinte à la santé invalidante était clairement confirmée par l'expertise psychiatrique judiciaire, de sorte que la suppression de la rente était pleinement justifiée. Ce faisant, il s'est fondé sur l'avis médical du 23 octobre 2006 du SMR dont il a produit une copie dans la procédure. Dans cet avis, le Dr L_____ a retenu que les critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux n'étaient pas remplis. Par ailleurs, ce médecin n'était pas d'accord avec l'expert judiciaire, en ce qu'il a considéré que l'état de santé ne s'était pas amélioré. A cet égard, le Dr L_____ a relevé que le COMAI avait retenu le diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen. Toutefois, ni lors de l'examen psychiatrique au SMR, ni lors de l'expertise du Dr K_____, ce diagnostic n'a pu être confirmé.
35. Après avoir sollicité et obtenu une prolongation du délai pour se déterminer, la recourante s'en est rapportée à justice le 11 décembre 2006.
36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Se pose en premier lieu la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point de justifier la révision de son droit à la rente.
2. Selon l'art. 17 LPGA en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003 (qui n'a pas modifié les conditions de la révision du droit à la rente ; ATFA du 30 avril 2004 en la cause I 626/03), 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; voir également ATF 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).
3. En l'occurrence, l'expert a constaté que l'état de santé de la recourante n'a pas subi de modification, ni dans le sens d'une amélioration, ni dans celui d'une aggravation.

Cet avis n'est pas partagé par le SMR. Celui-ci constate que le COMAI avait retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), diagnostic que le Dr K_____ a écarté. Cependant, de l'avis du Tribunal de céans, cela ne saurait signifier en l'occurrence que l'état de santé de la recourante se soit amélioré, au vu des explications très détaillées que le Dr K_____ a données aux pages 10 et 11 de son rapport. Il y explique que l'évaluation de la gravité du syndrome dépressif est difficile en cas de trouble somatoforme, dans la mesure où il se présente d'une manière différente de la dépression connue en psychiatrie. En effet, chez les patients douloureux chroniques, l'humeur est fluctuante et dépend beaucoup de l'intensité des douleurs. Il relève: "Comme la dépression est fluctuante et chronique, il est souvent difficile de repérer, sur évolution se comptant en années, un véritable "épisode dépressif" tranchant sur l'humeur habituelle du patient douloureux chronique. Quant aux autres éléments caractéristiques de l'épisode dépressif

au sens de CIM-10, notamment les signes objectifs, ils manquent souvent, ou se présentent de manière atypique." L'expert constate par ailleurs que la fluctuation de l'humeur est évidente chez l'expertisée à travers la lecture du dossier.

Il résulte de ce qui précède que, selon l'expert judiciaire, le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuellement moyen, a été posé à tort par le COMAI, sans que l'on puisse admettre que l'état psychique de l'assurée se soit amélioré.

Ainsi, en suivant l'expert judiciaire, le Tribunal de céans arrive à la conclusion que l'état de santé de la recourante est resté stationnaire, de sorte que les conditions pour une révision de la rente ne sont pas remplies.

4. Reste à examiner si l'intimé était en droit de reconsidérer la décision octroyant une demi-rente à la recourante.

Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable.

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b).

5. En l'occurrence, l'objet d'une éventuelle reconsidération constitue l'arrêt du 15 avril 2004 du Tribunal de céans. Or, aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut uniquement revenir sur ses décisions ou ses décisions sur opposition. Selon l'alinéa 3 de cette disposition, lorsqu'un recours a été formé contre sa décision ou sa décision sur opposition, il ne peut procéder à une reconsidération que jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours.

Cela étant, force est de constater que l'intimé n'était pas en droit de reconsidérer l'arrêt précité du Tribunal de céans. Il est à cet égard à rappeler que la cause ne lui avait été renvoyée à l'époque qu'afin qu'il examine si l'aggravation alléguée par la recourante était réalisée, et, dans l'affirmative, procède à une révision de la rente.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis.
7. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision dont est recours.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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