REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/614/2007 **ATAS/939/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 5 septembre 2007

En la cause

Madame B_____, domiciliée Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MARTIN Jean-Jacques	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 2965, a travaillé à la X_____ en qualité d'assistance d'exploitation, service de guichet, depuis le 14 mai 1984.

2. Souffrant de troubles psychiques, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 1998, d'une demi-rente dès le 1er janvier 1999, puis à nouveau d'une rente entière d'invalidité du 1er juillet 1999 au 31 juillet 1999, selon décisions de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) du 20 janvier 2000.

3. Dans une communication adressée à l'assurée en date du 4 juin 2003, l'OCAI l'a informée que suite à l'aggravation de son état de santé, il a décidé de lui verser une demi-rente d'invalidité dès le 14 octobre 1999. Cette décision était motivée par le fait que l'assurée était en incapacité de travail pour la même atteinte qu'antérieurement au 14 octobre 1999 et qu'après la prise en charge de cours d'informatique, elle s'était réadaptée chez son employeur à 50 %. Elle a travaillé depuis lors comme secrétaire au service du personnel.

4. Par courrier du 10 avril 2005, l'assurée a sollicité la réouverture de son dossier en vue d'obtenir une rente d'invalidité complète. Elle a joint à son courrier copie d'une lettre adressée par son médecin traitant, le Dr A_____, au médecin conseil de son employeur, aux termes de laquelle, depuis juillet 2004, son état de santé n'a fait qu'évoluer en dents de scie sans jamais retrouver une stabilisation lui permettant d'assumer une activité professionnelle normale, même à 50%. Ce n'est que par petites périodes que les symptômes ont permis à l'assurée de travailler à 50% et, à son avis, le moment était venu de considérer sérieusement une invalidité à 100%.

5. Le 27 avril 2005, l'OCAI a octroyé un délai au 30 juin 2005 à l'assurée afin de lui faire parvenir tout document rendant plausible l'aggravation de son état de santé depuis juin 2003.

6. L'assurée a fait parvenir à l'OCAI, en date du 28 juin 2005, divers rapports médicaux et certificats d'arrêts de travail.

7. Le 8 juillet 2005, la X_____ a rempli le questionnaire servant à contrôler l'incapacité de gain, dont il résulte que l'assurée travaille à temps partiel depuis le 1er décembre 2003, à savoir 21 heures par semaine (retraite médicale à 50%). Elle a dû interrompre son activité à plein temps du 23 février 2005 au 21 mars 2005 et dès le 1er avril 2005. L'employeur a précisé qu'une demande AI à 100% était en cours, sa collaboratrice n'étant plus en mesure d'assumer des tâches de bureau.

8. Dans un rapport établi en date du 6 juillet 2005 à l'attention de l'OCAI, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie-diabétologie,

indique que la patiente présente une asymétrie thyroïdienne avec micronodules, sans répercussion sur la capacité de travail. Pour les autres diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, il renvoie à l'appréciation du Dr C_____. Il indique que la patiente a été vue à la demande du chiropraticien pour un bilan endocrinien dans le cadre d'une fibromyalgie. Les examens effectués n'ont pas permis de mettre en évidence une pathologie endocrinienne ayant des répercussions sur l'état de santé général ni, en particulier, pouvant expliquer ou compliquer la fibromyalgie.

9. Dans son rapport du 29 juillet 2005, le Dr A_____, Centre de chiropratique du Petit-Lancy, a posé le diagnostic de fibromyalgie existant depuis 1996. S'agissant de l'incapacité de travail, il indique qu'elle a été variable, oscillant entre 50% et 100% depuis 1997. Il note que l'état de santé s'aggrave, que la capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles sont indiquées. Dans le rapport complémentaire relatif à la réinsertion professionnelle, ce médecin indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible et que l'on pourrait éventuellement exiger de l'assurée une autre activité, sans station debout et à temps partiel. Dans ce cadre, il faudrait s'attendre à une diminution du rendement. S'agissant des limitations fonctionnelles, l'assurée doit éviter la position debout plus qu'une à deux heures par jour, la position à genou et l'inclinaison du buste.

10. Le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine générale, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI en date du 9 septembre 2005. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent évoluant vers un mode dysthymique, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux ayant des répercussions sur la capacité de travail, existant depuis 1986 à 1990 environ. L'assurée présente également un trouble de la personnalité de type borderline, depuis toujours, sans répercussion sur la capacité de travail. Elle est en arrêt de travail à 100% depuis le 23 février 2005. Le médecin indique que l'état de santé de la patiente s'aggrave, que depuis son rapport du 23 juin 1998, elle a été prise en charge psychiatriquement, qu'elle a effectué un séjour à la "établissement hospitalier" du 6 janvier au 11 février 1999 et qu'elle a été suivie ambulatoirement par le Dr D_____. En 1999, elle a eu un début de suivi par le Dr A_____, chiropraticien. Après avoir interrompu le suivi à sa consultation entre 2002 et 2005, l'assurée a repris contact le 19 mars 2005 en vue de la demande de rente à 100%. Le médecin traitant note que l'état de santé de l'assurée s'est fortement aggravé depuis ces six derniers mois.

    Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle, le Dr C_____ indique que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, que la patiente présente des douleurs après trente à quarante-cinq minutes d'activité, quel que soit le poste ou le type d'activité, qu'il y a une diminution du rendement, notamment en raison de la concentration diminuée, qu'un aménagement du poste de travail a déjà été effectué sans succès et que l'on peut exiger de l'assurée qu'elle

exerce une autre activité. Il précise que toute forme d'activité ne pourra pas être maintenue sans un très fort absentéisme selon les accès douloureux.

11. A sa demande, l'OCAI a reçu en date du 19 décembre 2005, copie de divers documents de l'assurance WINTERTHUR, assureur perte de gain. Y figure notamment un rapport du Dr A_____ du 2 septembre 2005 aux termes duquel la patiente, souffrant de fibromyalgie, est en arrêt de travail à 100% dès le 22 février 2005. Il signale une augmentation de la fréquence des épisodes douloureux. En outre, le Dr. E_____, de Médical Service, a écrit en date du 25 mai 2005 à l'employeur de l'assurée, expliquant qu'il venait de recevoir un rapport de leur médecin attitré, le Dr F_____, qui a examiné l'assurée le 3 mai 2005 et confirmé la détérioration de l'état de santé depuis sa dernière consultation en octobre 2001. De l'avis du Dr F_____, l'état de santé actuel de l'assurée n'est plus compatible avec une quelconque capacité de travail. En conclusion, il proposait de prendre rapidement contact avec l'AI en vue de coordonner une possible augmentation de la rente d'invalidité.

12. Sur proposition du Service médical régional AI - SMR Suisse-romande, l'OCAI a confié une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (ci-après CEMED) de Nyon.

13. Dans son rapport d'expertise du 25 septembre 2006, le CEMED relève que l'assurée a été examinée par la Dresse. G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et par la Dresse. H_____, spécialiste FMH en psychiatrie psychothérapie. A l'anamnèse, les médecins relèvent que la patiente n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2001. Sur le plan somatique, elle se plaint essentiellement de douleurs du haut du corps et de douleurs lombaires plus ou moins chroniques du rachis et des quatre membres. Sur le plan psychiatrique, l'assurée a été suivie par le Dr D_____ pendant trois ans, le Centre de thérapie brève (CTB) à Genève et le Dr. I_____ de la "établissement hospitalier" à Nyon. Depuis l'attribution de sa demi-rente en 1999, elle a arrêté toute prise en charge psychiatrique. Elle n'a aucune plainte sur ce plan, reportant l'ensemble de ses doléances au plan somatique. Elle n'a plus connu de rechute dépressive durant ces dernières années, tout au plus des baisses de moral en rapport avec ses douleurs. Elle a dû prendre du Tranxilium en février et mars 2006 à cause des travaux se déroulant dans son immeuble. Elle a fini par quitter son appartement et a loué un studio dans le canton de Saint-Gall à proximité du domicile de son frère. A l'examen somatique, le médecin relève un excellent état général, des articulations périphériques toutes bien mobiles symétriquement, indolores à l'immobilisation et la présence de tous les points de fibromyalgie. Le status neurologique a montré une bonne sensibilité, symétrique aux trois modes aux quatre membres, des réflexes tendineux très vifs mais symétriques aux quatre membres, Lasègue et Lasègue inversé négatifs. Sur le plan psychiatrique, l'humeur n'apparaît pas dépressive, spontanément, les plaintes de l'assurée se focalisent directement sur son vécu douloureux en détaillant sa manière

d'y faire face. Elle parle également de crises d'angoisse dont elle souffrirait et qui la paralysent pendant quelques minutes. Elle présente une émotivité diminuée, la vie affective apparaît restreinte. Lors de l'entretien, les médecins n'ont pas mis en évidence d'éléments en faveur d'un épisode dépressif, il n'y a pas d'humeur dépressive, pas de vécu pessimiste, pas d'auto-dévalorisation. Elle se décrit comme malade inapte à reprendre son travail et à se recycler professionnellement et n'exprime aucun doute par rapport au bien- fondé de sa démarche de demander une rente AI entière. Bien que diminués, ses plaisirs comportent des promenades dans le jardin botanique, le vélo, les rencontres avec ses amis. Quant au trouble anxieux, il reste anamnestique.

Sur le plan somatique, l'examen clinique ostéo-articulaire ne révèle aucune restriction de mobilité, hormis une discrète scoliose sans gravité. L'examen radiologique ne montre pas de pathologie relevante. Pour les experts, l'assurée présente un syndrome douloureux sans substrat organique et la capacité de travail est de 100% dans une profession telle qu'elle l'exerçait jusqu'en 2004 à l'administration de la X_____, sans limitation particulière, si ce n'est d'éviter les stations debout prolongées et les positions en porte-à-faux. Sur le plan psychique, l'expertisée présente une dysthymie qui, en soi, ne représente pas une cause d'invalidité psychiatrique. Aujourd'hui, le tableau clinique est entièrement figé, cristallisé dans un syndrome douloureux somatoforme persistant évoluant depuis une vingtaine d'années. Avec ses douleurs considérées depuis longtemps comme invalidantes, l'encouragement et la conviction de devoir demander une rente entière, les processus intra-psychiques deviennent de plus en plus difficiles à aborder. La capacité de travail est entière, ce d'autant plus que l'assurée estime n'avoir pas besoin de traitement psychique et qu'elle ne prend aucun psychotrope, hors ponctuellement un inducteur du sommeil (Stilnox). En conséquence, le CEMED n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Quant aux autres diagnostics retenus, à savoir le syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 1996 et la dysthymie depuis 2000, ils n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, qui reste entière dans l'activité exercée auparavant dans l'administration de la X_____, à raison de huit heures par jour. Hormis les périodes d'hospitalisation, la patiente ne présente pas de diminution de la capacité de travail. L'assurée est capable de s'adapter à son environnement professionnel. Pour les médecins, il n'y a aucune motivation de la part de l'expertisée à reprendre une activité lucrative. L'évolution chronique et la reconnaissance d'une invalidité à 50 % avec déjà un échec de reprise de travail suite à sa première réadaptation constituent actuellement des facteurs défavorables sur le plan motivationnel, facteurs qui sont toutefois non médicaux. Un travail administratif, avec possibilité d'alterner la position assise et debout, est exigible à raison de huit heures par jour.

14. Dans un avis daté du 27 octobre 2006, le SMR Suisse-romande relève que l'expertise pluridisciplinaire montre que l'assurée va significativement mieux,

puisqu'elle n'a plus de suivi psychiatrique depuis 2001, voire avant. Selon les experts, l'assurée présente un trouble somatoforme douloureux persistant et une dysthymie, mais la capacité de travail est entière dans son activité apprise à la X_____. Au vu des conclusions du rapport d'expertise, le SMR considère que les critères de gravité de la jurisprudence au sujet du syndrome somatoforme douloureux persistant ne sont pas réunis, de sorte que le diagnostic n'est pas invalidant.

15. Par décision du 17 janvier 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité à compter de la fin du mois qui suit la date de notification de la décision, au motif que selon le rapport d'expertise COMAI du CEMED, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis sa précédente évaluation. Au jour de l'expertise, les constatations effectuées par les médecins mettent en évidence un diagnostic qui n'est pas invalidant au sens de loi sur l'assurance-invalidité, de sorte que sa capacité de gain est actuellement complète et aucune invalidité de peut être admise. L'OCAI a retiré l'effet suspensif au recours.

16. L'assurée, représentée par Me Jean-Jacques MARTIN, interjette recours en date du 19 février 2007. Elle conteste la suppression de sa rente, relevant que c'est pour des raisons psychiatriques qu'elle avait été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité, confirmée en 2003. Elle conteste la valeur probante du rapport d'expertise du CEMED, au motif notamment que l'anamnèse est erronée et la description du contexte médical inexacte. En effet, les médecins du CEMED ont considéré que l'assurée avait définitivement interrompu son traitement psychiatrique en 1999 et ne l'avait jamais repris depuis lors, ce qui est inexact. Elle soutient qu'elle a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique par le Dr D_____ en 2002 et 2003, puis de nouveau depuis fin 2006, ce qui démontre son besoin de traitement psychiatrique, et qu'elle bénéfice d'une médication spécifique depuis fin 2006 en tout cas. Elle allègue que de l'ensemble de son dossier médical, il résulte qu'elle souffre depuis de nombreuses années d'une fragilité psychique persistante, imprévisible et non stabilisée, qui affecte clairement sa capacité de travail, laquelle est aujourd'hui nulle, ainsi que la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI l'avait constaté dans son rapport du 14 mars 2003. Elle rappelle que c'est l'atteinte à la santé psychique qui a justifié en juin 2003 l'octroi d'une demi-rente dès octobre 1999; en effet, tant le médecin-conseil de l'OCAI que la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI ont considéré à l'époque que le problème physique n'était pas prédominant, ou n'était que l'expression de la fragilité psychique. En conséquence, dès lors que son état de santé psychique ne s'est pas amélioré, elle considère que la décision litigieuse s'apparente d'avantage à une reconsidération qu'à une révision. Or, la décision de rente initiale ne peut être reconsidérée que si elle était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. En effet, la décision prise en juin 2003 a été rendue après une longue observation de l'évolution de son état de santé, sur la base de plusieurs rapports médicaux de ses médecins traitants, d'un avis du médecin-

conseil de l'OCAI et d'un rapport détaillé de la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI. Pour le surplus, s'agissant du trouble somatoforme douloureux ou de la fibromyalgie, la recourante soutient que les critères déterminants reconnus par la jurisprudence sont réunis dans son cas, en particulier s'agissant du processus maladif qui s'étend sur plusieurs années sans rémission durable, des affections corporelles chroniques, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, comme l'a relevé le Dr D_____ dans son récent rapport, et l'échec des traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art. Selon la recourante, son état de santé a connu une modification sensible depuis l'octroi de cette demi-rente d'invalidité, en ce sens qu'il s'est maintenu et non pas amélioré sur le plan psychique et fortement aggravé sur le plan somatique. Elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er février 2005. La recourante a produit un rapport établi par le Dr D_____, spécialiste FMH en psychiatrique psychothérapie, daté du 12 février 2007, aux termes duquel il suit à nouveau régulièrement la patiente pour une thérapie qui sera de longue durée, et qu'elle présente comme problématique centrale un trouble de l'humeur chronique, de type dysthymie, avec des aggravations transitoires, associé à un syndrome somatoforme douloureux également chronique. Le contexte autour de cette pathologie est lui-même chargé, avec un isolement social et l'absence de relations affectives et familiales. Depuis octobre 2004, la patiente ne travaille plus. Le traitement appliqué est de type TCC, associé à un traitement symptomatique des décompensations. L'évolution reste imprévisible et la situation est loin d'être stabilisée. Le médecin mentionne qu'il ne constate lui-même aucune amélioration et considère que les capacités adaptatives de l'assurée lui permettant d'envisager une réintégration dans le monde du travail sont nettement et durablement amoindries.

17. Dans sa réponse du 3 avril 2007, l'OCAI, après avoir soumis les documents au SMR, relève que les diagnostics évoqués par le Dr D_____, médecin traitant de l'assurée, sont les mêmes que ceux mis en évidence par les experts du CEMED dans leur rapport d'expertise du 25 septembre 2006 et qu'il n'est fait état que d'aggravations transitoires. L'OCAI conclut au rejet du recours.

18. Ces écritures ont été communiquées à la recourante en date du 17 avril 2007.

19. Sur quoi, 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'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 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, les faits à l'appui de la décision litigieuse, intervenue à la suite d'une demande de révision déposée par la recourante, sont survenus postérieurement au 1er janvier 2003, de sorte que tant les dispositions matérielles que de procédure de la LPGA sont applicables.

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé, dans le cadre de la révision sollicitée par la recourante, à supprimer la rente d'invalidité.

5. Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient de relever que cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a toutefois pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur

namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

6. 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).

   La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

   Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à

l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81, note 135).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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 sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   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). S'agissant de la valeur probante 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) .

Il convient de relever par ailleurs que le but d'une expertise pluridisciplinaire est d'obtenir une collaboration entre différents praticiens et d'éviter les contradictions que pourraient entraîner des examens trop spécialisés, menés indépendamment les uns des autres. En effet, il convient de s'attacher à la discussion globale menée par les experts du COMAI plutôt qu'aux rapports forcément sectoriels et limités des différents spécialistes consultés en cours d'expertise (ATFA non publiés du 13 mars 2006 [I 16/05] et T. du 4 juillet 2005 [I 228/04]).

8. En l'espèce, la recourante a sollicité, en 2005, la révision de son dossier, alléguant avoir dû cesser complètement de travailler en raison d'une aggravation de son état de santé.

Le Tribunal de céans constate au vu du dossier, que la recourante avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 1998, puis d'une demi-rente dès le mois d'octobre 1999, en raison des affections psychiatriques décrites par les médecins et qui apparaissaient au premier plan. En effet, selon les rapports des Drs D_____, C_____, de la clinique de Belle-Idée et de la Métairie, elle présentait un épisode dépressif récurrent sévère, avec des attaques de panique chez une personnalité borderline (cf. également avis du Dr CLAIVAZ du 13 mars 2003).

En 2005, sur la base des diagnostics retenus par les médecins, à savoir un trouble dépressif récurrent évoluant vers un mode dysthymique ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux (Dr C_____) et une fibromyalgie (Dr A_____), c'est à juste titre que l'intimé a ordonné une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique.

Or, du point de vue psychiatrique, les experts du COMAI ont constaté une amélioration de l'état de santé. En effet, depuis l'octroi de la rente, la recourante a interrompu le traitement de psychothérapie, ainsi que la médication, se contentant de prendre, si besoin est, un somnifère. Elle n'a pas présenté de rechute et les experts n'ont relevé aucun trouble psychiatrique invalidant, hormis une dysthymie, qui n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Ainsi, il y a lieu d'admettre, que du point de vue psychiatrique, l'état de santé s'est effectivement amélioré. Les conclusions des experts du COMAI sont à cet égard claires et leurs explications convaincantes. Le rapport du Dr D_____, produit après le dépôt du recours, n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions des experts. En effet, la prise en charge de la recourante est récente, le diagnostic psychiatrique retenu rejoint celui de l'expert psychiatrique du COMAI et il n'est fait état que d'aggravations

transitoires. Le Tribunal de céans n'a par conséquent aucun motif pour s'écarter des conclusions de l'expertise.

Concernant le trouble somatoforme douloureux ou de la fibromyalgie, il y a lieu de relever que l'examen ostéo-articulaire pratiqué par les experts n'a révélé aucune restriction de la mobilité, de sorte que la capacité de travail est entière dans la profession apprise par la recourante, sans limitation particulière, si ce n'est d'éviter les stations debout prolongées et les positions en porte-à-faux. Si la situation est cristallisée, c'est parce que la recourante est convaincue du bien-fondé de sa démarche de demander une rente entière. Mais elle est capable de s'adapter à son environnement professionnel et ses plaisirs, bien que diminués, comportent des promenades, le vélo et les rencontres avec ses amis. Force est de constater que la recourante ne présente pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, de sorte qu'en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante de par sa gravité et sa durée, le trouble somatoforme douloureux ou la fibromyalgie ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante au sens de la jurisprudence.

9. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité, avec effet au 1er jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision, en application de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI.

10. Conformément à l'art. 68 al. 1bis LAI, en vigueur dès le 1er juillet 2006, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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