

EN FAIT

1. Madame S _____ (ci-après l'assurée), ressortissante suisse, née en 1949, a travaillé à 50% en qualité d'employée de cafétéria à la SOCIETE X _____ du 1^{er} janvier 1999 au 14 décembre 2001, date à laquelle elle a définitivement arrêté de travailler.
2. Sur mandat de l'assurance perte de gain, elle a été soumise à
 - une expertise conduite par le Dr A _____, spécialiste en médecine interne, lequel a diagnostiqué, dans son rapport du 10 mai 2002, un syndrome fibromyalgique. L'état général était conservé et l'examen clinique sans grande particularité. Les différentes articulations étaient calmes et avaient une mobilité normale. Le pronostic restait très sombre, cependant, un essai de reprise de travail devait être tenté malgré l'opposition de l'assurée. L'expert a précisé que l'emploi actuel était relativement léger et sans stress majeur, de sorte qu'il n'y avait pas de raison d'envisager une autre profession.
 - une expertise psychiatrique effectuée par le Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui n'a retenu ni diagnostic ni incapacité de travail dans son rapport du 13 mai 2003.
3. En date du 26 mai 2003, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OCAI), tendant à l'octroi d'une rente.
4. Le 27 août 2003, elle a déposé une demande en paiement devant le Tribunal de céans, sollicitant de son assureur perte de gain la continuation du versement des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 décembre 2002. Elle a notamment contesté la valeur probante du rapport d'expertise du Dr B _____.
5. Par rapport du 29 août 2003, le Dr C _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin de l'assuré, a posé les diagnostics de syndrome douloureux (diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr D _____) présent depuis 2001 et d'état dépressif chronique depuis 1996. L'état dépressif s'était amélioré à la fin de l'année 1996, mais une rechute était intervenue en janvier 1997, suite à quoi le traitement médicamenteux n'avait jamais pu être arrêté, sans que les symptômes de l'assurée ne s'aggravent. En 2001 était apparue une aggravation notable de son état, soit une augmentation de l'asthénie et des douleurs ainsi qu'une dépression réactionnelle à ces douleurs. L'incapacité de travail était totale depuis le mois de décembre 2001, étant précisé qu'une activité professionnelle sans charges physiques pouvait être envisageable à moyen terme. Il a exposé que l'assurée présentait une perte de l'élan vital, une asthénie à prédominance matinale, une

humeur triste, des idées noires, un pessimisme, une sensation d'être « vidée », des céphalées et des insomnies.

6. Dans un rapport du 9 septembre 2003, le Dr E_____, généraliste et médecin traitant, a retenu les diagnostics de fibromyalgie, syndrome douloureux musculaire, squelettique et articulaire, névralgies, épicondylite du coude et périarthrite scapulo-humérale et de hanche à gauche, tendance aux tendinites (Dr D_____), intolérances alimentaires multiples, intolérance atypique au Gluten et de possible intoxication mercurielle, bilan en cours, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, et de dépression au décours de la ménopause en 1997 et de troubles digestifs (gastrite et colite), allergie aux céréales (?) et aux levures alimentaires (amélioration sous Nalcrom). L'incapacité de travail était totale dès le 15 décembre 2001 en raison des tendinites.
7. Par rapport intermédiaire du 15 mars 2004, le Dr C_____ a constaté que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire et que les diagnostics n'avaient pas évolué. Le pronostic dépendait, d'après lui, de l'affection somatique.
8. Le 5 avril 2004, le Dr E_____ a également informé l'OCAI que son état de santé était stationnaire depuis un an, étant précisé qu'elle souffrait actuellement d'une membrane épimaculaire à l'œil gauche. Il a indiqué ne pas pouvoir répondre à la question d'une éventuelle capacité de travail actuelle ou future.
9. Par avis du 4 mai 2004, le Dr F_____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR), a estimé que si l'assurée avait pu souffrir d'un état dépressif en 2001, cela n'était plus le cas au début de l'année 2003, conformément à l'expertise du Dr B_____. De plus, si elle estimait qu'il lui était trop pénible de travailler dans sa précédente activité (dans une cafétéria), elle pouvait exercer la profession de vendeuse, par exemple, attendu qu'elle avait déjà tenu un magasin précédemment.
10. Par décision du 6 mai 2004, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, attendu que le Dr B_____ n'avait pas conclu, dans son expertise, à une incapacité de travail pour des motifs psychiatriques.
11. Par courrier du 1^{er} juin 2004, l'assurée a formé opposition à la décision précitée. Elle a allégué qu'elle ne comprenait pas pour quelle raison la décision de l'OCAI était fondée sur son état dépressif, alors même qu'elle avait déposé sa demande de prestations en raison de l'existence d'un syndrome douloureux, de douleurs fluctuantes dans plusieurs zones tendineuses, de péri-arthrites de l'épaule et de la hanche, de tendinites épicondyliennes et d'un problème cervical. D'après elle, son incapacité de travail était due à des douleurs physiques, traitées par le Dr D_____, et son état dépressif n'était qu'une conséquence du syndrome douloureux et non pas la cause de l'incapacité de travail. Elle a transmis à l'OCAI un rapport du 28 mai 2004 du Dr D_____, chiropraticien, lequel a retenu

un syndrome somatoforme douloureux et a expliqué que l'assurée souffrait quotidiennement de fortes douleurs incapacitantes, de fatigue chronique ainsi que d'une baisse importante de vitalité, éléments justifiant, d'après lui, une incapacité de travail.

12. Par avis du 15 juin 2004, le Dr F _____ a indiqué qu'« il s'agit d'un syndrome douloureux (type somatoforme) : c'est un diagnostic psychiatrique et il y a eu une expertise psychiatrique dont les conclusions sont claires. (De plus, ce trouble ne remplit pas les conditions exprimées par le TFA). »
13. Par décision sur opposition du 16 août 2004, l'OCAI a confirmé sa décision du 6 mai 2004. Il a déclaré suivre les conclusions du Dr B _____, selon lequel, l'assurée présentait un syndrome douloureux (type somatoforme) sans trouble psychiatrique pouvant justifier une incapacité de travail.
14. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours.
15. Le 16 octobre 2007, le Tribunal de céans a rendu un arrêt ATAS/1131/2007 dans la cause A/1592/2003 opposant l'assurée à son assureur perte de gain. Il a admis la demande de l'assurée tendant au versement d'indemnités perte de gain dès le 1^{er} janvier 2003, considérant que le rapport d'expertise du Dr B _____ ne présentait pas valeur probante et qu'il y avait lieu de suivre les conclusions de ses médecins traitants pour établir la durée de son incapacité de travail.
16. Le 12 février 2008, l'assurée, représentée par l'ASSUAS, a déposé une demande de révision de son dossier auprès de l'OCAI et a sollicité qu'une rente entière lui soit allouée. Sa demande était motivée par les considérants de l'arrêt du Tribunal de céans du 16 octobre 2007.
17. Le 9 janvier 2009, l'OCAI a signifié à l'assurée un projet de rejet de sa demande de révision. En effet, le délai de 90 jours pour déposer la demande de révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA n'était pas respecté, attendu que l'arrêt du 16 octobre 2007 avait été reçu en date du 20 octobre 2007. Par ailleurs, la décision sur opposition de l'OCAI n'était pas manifestement erronée, de sorte qu'il n'y avait pas matière à reconsidération.
18. Par décision du 16 février 2009, l'OCAI a confirmé ledit projet de décision.
19. Le 20 mars 2009, l'assurée, représentée par l'ASSUAS, a recouru contre cette décision, sollicitant son annulation ainsi que l'octroi d'une rente entière. Elle a soutenu que le délai de 90 jours pour déposer sa demande de révision ne débutait pas à la notification de l'arrêt du Tribunal de céans, mais à l'expiration du délai de recours au Tribunal fédéral, attendu que ce n'était qu'à ce moment-là que se produisait un changement de circonstances.

20. Par réponse du 4 mai 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. D'après lui, l'arrêt du 16 octobre 2007 ne pouvait pas être considéré comme un fait nouveau et la demande de révision était au surplus tardive, attendu que le délai de 90 jours pour déposer cette demande débutait dès réception de cet arrêt par les parties. Par ailleurs, sa décision du 16 août 2004 n'était pas sans nul doute erronée, de sorte qu'il n'existait pas de motif de reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.
21. Par courrier du 9 juin 2009, l'assurée a allégué qu'un fait nouveau résultait des considérants de l'arrêt du 16 octobre 2007, en ce sens que le rapport d'expertise du Dr B _____ n'avait pas valeur probante et qu'il y avait lieu de se fonder sur les rapports de ses médecins traitants pour déterminer ses problèmes de santé et qu'une rente entière devait ainsi lui être octroyée. Elle a également maintenu sa position concernant le respect du délai de 90 jours pour le dépôt de sa demande de révision procédurale. Enfin, elle a estimé que l'OCAI devait reconsidérer sa décision sur opposition du mois d'août 2004, attendu qu'il avait manifestement apprécié les faits de manière erronée.
22. Le 21 juillet 2009, l'OCAI a informé le Tribunal de céans qu'il persistait dans ses précédentes conclusions.
23. Suite à la transmission de ce courrier, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le présent litige porte sur le point de savoir si la décision du 16 août 2004 peut être soumise à révision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA, et le cas échéant si la reconsidération peut entrer en ligne de compte.

5. En vertu de l'art. 53 al. 1 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 nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

À teneur de cet article, l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative, du 20 décembre 1968 (PA ; 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1^{er} LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références).

6. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 137 let. b OJ (actuellement art. 123 al. 2 let a LTF) (cf. arrêt D. du 28 avril 2005 [I 183/04], consid. 2.2 et les références).

Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui n'étaient pas connus du requérant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (ATFA du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.1). En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit le juge à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers (ATF 127 V 358 consid. 5b et les références).

7. En l'espèce, l'assurée soutient que l'appréciation de la valeur probante des différents rapports médicaux telle que ressortant des considérants de l'arrêt du Tribunal de céans ATAS/1131/2007 du 16 octobre 2007, l'opposant à son assureur perte de gain, est un fait nouveau, ce que l'OCAI conteste.

Le Tribunal de céans constate que les rapports sur lesquels se fonde l'assurée pour établir l'existence d'un fait nouveau, soit les rapports des Drs C _____ et G _____ des 29 août 2003 et 28 mai 2004 ainsi que celui de l'expert du 13 mai 2003, sont tous des documents qui étaient connus de l'assurée et en possession de l'OCAI avant que la décision sur opposition du 16 août 2004, niant le droit de l'assurée à une rente, soit rendue. Le Tribunal de céans a certes considéré, dans son arrêt du 16 octobre 2007, que le rapport d'expertise du Dr B _____ n'avait pas valeur probante et qu'il y avait lieu de suivre les rapports du médecin psychiatre et du chiropraticien de l'assurée pour établir son incapacité de travail, toutefois, les considérants de cet arrêt servent principalement à l'appréciation des faits. Par conséquent, on ne saurait considérer les considérants de l'arrêt du Tribunal de céans du 16 octobre 2007 comme constitutifs d'un fait ou d'un moyen de preuve nouveau au sens de la jurisprudence.

Au demeurant, l'assurée a déposé, en date du 27 août 2003, une demande en paiement à l'encontre de son assureur perte de gain invoquant le fait que le rapport d'expertise du Dr B _____ n'avait pas valeur probante. Elle pouvait ainsi également recourir contre la décision de l'OCAI du 16 août 2004 pour les mêmes motifs, mais ne l'a pas fait, de sorte qu'elle ne saurait contester aujourd'hui cette décision par le biais d'une révision procédurale.

Quoi qu'il en soit, la demande en révision a été envoyée par recommandé, en date du 12 février 2008, soit largement plus de trois mois après que l'assurée ait eu connaissance de l'arrêt du 16 octobre 2007, notifié le 19 octobre 2007 aux parties. Partant il y a lieu de constater que ladite demande est tardive, de sorte qu'elle doit être déclarée irrecevable.

Il sera rappelé à l'assurée que la prise de connaissance est intervenue lors de la notification de l'arrêt du 16 octobre 2007, soit le 20 octobre 2007 ou éventuellement quelques jours plus tard, et non lors de l'écoulement du délai de recours au Tribunal fédéral (cf. not. arrêts du Tribunal fédéral C 119/06 consid. 3.2. publié dans SVR 2007 ALV no 24, C 7/02 du 14 juillet 2003 consid. 3.2. publié dans SVR 2004 ALV no 1 ou ATAS/85/2009 du 28 juillet 2009).

8. Reste à examiner la question de la reconsidération.
9. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Pour juger du bien-fondé d'une reconsidération, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision initiale a été rendue, compte

tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 pp. 389 ss et les références).

De jurisprudence constante, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Il n'existe ainsi pas de droit à la reconsidération que l'assuré pourrait déduire en justice. Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions d'une reconsidération sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée par la voie d'un recours. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 117 V 8 consid. 2a p. 13, 116 V 62; Meyer-Blaser, Die Bedeutung von Art. 4 Bundesverfassung für das Sozialversicherungsrecht, RDS 111 [1992] II 443 sv.). L'introduction de la LPGA n'a rien changé à cet égard. Le législateur, qui n'a pas voulu déroger à ces principes, n'a fait que codifier cette pratique jurisprudentielle (voir notamment Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258).

Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée, ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits.

Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste (« *zweifelloch unrichtig* »), de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. L'appréciation inexacte doit être, bien

plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3).

10. En l'espèce, dans sa décision du 16 février 2009, l'OCAI a considéré que sa décision sur opposition du 16 août 2004 n'était pas manifestement erronée, attendu qu'elle n'était pas inconciliable avec les dispositions légales en vigueur et qu'elle ne procédait pas d'une vision fautive de l'état de fait. Par conséquent, même si l'OCAI n'a justifié sa position que très succinctement, les conditions de la reconsidération ont été examinées, de sorte que l'OCAI est entré en matière sur la demande de l'assurée.
11. Il y a ainsi lieu de déterminer si la décision du 16 août 2004, formellement passée en force, est manifestement erronée et si sa rectification revêt une importance notable.
12. Lors de la décision initiale de refus de rente en 2004, l'OCAI a estimé que le trouble somatoforme douloureux dont souffrait l'assurée n'était pas invalidant et qu'il n'existait ainsi pas d'incapacité de travail. Il s'est basé pour ce faire sur le rapport d'expertise du Dr B_____. Il est vrai que ce rapport présentait, comme l'a retenu le Tribunal de céans dans son arrêt du 17 octobre 2007, des contradictions notamment dans le paragraphe concernant les « dépendances ». L'expert s'y est par ailleurs prononcé sur le caractère invalidant du trouble somatoforme, alors qu'il n'avait pas à se déterminer en droit. Celui-ci a toutefois fait part de ses constatations objectives et on comprend pour quelles raisons il n'a pas posé de diagnostic psychiatrique. Il a notamment indiqué que l'assurée gardait confiance quant à l'évolution de son état de santé, que sa capacité de concentration et de penser était globalement conservée, qu'elle ne présentait pas d'augmentation marquée de culpabilité, de ralentissement psychomoteur ou de trouble de la personnalité, qu'elle n'exprimait pas d'intention suicidaire, mais plutôt une envie de vivre et qu'il n'existait pas de signes de la lignée psychotique, de symptômes d'anxiété physique ou de préoccupations excessives. D'après les résultats de l'échelle de Hamilton, l'expert avait conclu à une absence de dépression et d'anxiété générale psychique et physique. Il n'a ainsi retenu ni diagnostic psychiatrique ni incapacité de travail. Partant, en se fondant sur ledit rapport d'expertise, l'appréciation de l'OCAI ne paraît pas insoutenable.
13. Au demeurant, le trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée n'est pas invalidant.

Selon la jurisprudence qui prévalait en 2004, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de

se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (arrêt N. précité, consid. 2.2.2; arrêt B. du 18 mai 2004, prévu pour la publication, I 457/02, consid. 5.3.1).

Les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schaufhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible ainsi seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

14. Au vu de l'ensemble du dossier, rien ne permet tout d'abord de conclure que l'assurée souffrait d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité suffisante au sens de la jurisprudence. Par ailleurs, si on peut admettre que le critère des affections corporelles chroniques s'étendant sur plusieurs années, puisse être rempli, tel n'est toutefois pas le cas des autres critères. L'assurée ne présentait en effet pas de perte d'intégration sociale, étant toujours mariée, prenant des cours d'Ikebana ou encore sortant tous les jours faire une promenade. En outre, l'état psychique n'était pas non plus cristallisé sans évolution possible, attendu que la médication prise par l'assurée était efficace et il n'a pas été établi d'échec des traitements ambulatoires.

Les critères prévus par la jurisprudence n'étant pas réalisés, le trouble somatoforme n'est pas invalidant, de sorte qu'il ne peut pas être conclu, à cet égard, au caractère erroné de la décision initiale de l'OCAI.

Du reste, dans le cadre de son opposition, l'assurée a signalé ne pas saisir pour quelles raisons la décision de l'OCAI, lui niant le droit à une rente, était basée sur son état dépressif, alors que son incapacité de travail était due à ses douleurs physiques liées à son trouble somatoforme. Ces déclarations confortent le Tribunal de céans dans le fait que les troubles dépressifs n'étaient pas d'une gravité suffisante et que la décision de l'OCAI était correcte dans son résultat.

15. Il y a enfin lieu de relever que l'OCAI n'a pas entrepris d'enquête ménagère, sachant que l'assurée n'était active qu'à 50%. Cependant, le Tribunal fédéral ayant admis à plusieurs reprises en 2002 et 2003 qu'en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constituait pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage (notamment arrêts du 6 mai 2002, I 526/01, du 4 février 2003, I 726/02, du 28 février 2003, I 685/02, du 14 août 2003, I 497/02 et du 15 septembre 2003, I 407/03), la décision de l'OCAI n'est pas non plus clairement erronée à ce titre. Au demeurant, l'assurée avait déclaré au Dr B_____ pouvoir effectuer ses activités ménagères et se faire aider en cas de douleurs par son époux.

16. Par conséquent, la décision du 16 août 2004 ne pouvant pas être considérée comme manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies.

17. Mal fondé en tous points, le recours sera dès lors 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 l'assurée.
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 ; RS 173.110); 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Diane E. KAISER

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