RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/324/2006 **ATAS/1079/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 17 octobre 2006

En la cause

Madame S_____, domiciliée , à GENEVE, représentée par le CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Valérie MONTANI et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1956, originaire du Maroc, est venue en Suisse en octobre 1987.

   Elle a travaillé jusqu'au 18 décembre 1998 comme femme de chambre sur appel pour l'hôtel X_____. Elle a été mise au bénéfice d'un emploi temporaire cantonal dans le cadre de l'assurance-chômage comme employée de maison à la résidence Notre Dame du 16 juin au 29 juillet 1999 ainsi que d'un cours de français alphabétisation dès le 1er mars 2000, cours interrompu le 13 mars en raison des trop grandes difficultés rencontrées. Enfin, une mesure auprès de "atelier femme" a dû être interrompue pour raison de santé en décembre 2000.

2. Elle a déposé le 14 mai 2001 auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande visant à l'octroi d'une rente, au motif qu'elle souffrait d'une affection médicale.

   Dans un rapport adressé à l'OCAI le 5 juin 2001, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin traitant, a posé les diagnostics suivants : cancer du sein en cours de traitement (diagnostiqué en janvier 2001 et opéré en février 2001), état dépressif chronique, spondylolyse L4-L5, alopécie et vitiligo, incontinence urinaire de type stress et constipation chronique. Selon le médecin, "cette succession de problèmes médicaux et chirurgicaux motive cette demande d'AI mais la situation médicale pourrait s'améliorer dans les 6 à 12 prochains mois. Pour ma part, je propose une expertise au sein du COMAI en sachant qu'un reclassement professionnel sera probablement difficile, la patiente étant totalement illettrée".

   Sur demande du Dr A_____, le Dr B_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales a examiné l'assurée et a constaté l'existence de dysfonctions costo-transverses étagées touchant les dernières côtes droites (cf. courrier du 13 avril 1995).

   Le 28 mai 2001, le Dr A_____ a confirmé que sa patiente était incapable de travailler à 100% depuis le 20 avril 2000.

3. L'OCAI a confié au Dr C_____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, un mandat d'expertise. Un rapport a été établi le 11 septembre 2001, dont il résulte que l'assurée souffre d'un état dépressif et de lombalgies. Selon l'expert, le problème psychique et mental domine chez cette patiente et l'empêche de travailler. Si son état dépressif s'améliore, le problème physique de lombalgies modérées devrait inciter à chercher pour cette patiente un travail plutôt sédentaire sans port de charge. Il a ajouté qu'il y a certainement une incapacité de travail depuis avril 2000, qui est de l'ordre de 100% actuellement. En conclusion, il a déclaré que l'état

dépressif, au premier plan, empêchait l'assurée d'avoir un emploi rentable, cependant, une activité légère sédentaire pourrait sûrement avoir un effet bénéfique sur son état psychique et pourrait être de 30% à partir de ce jour.

4. Dans une note du 4 janvier 2002, le Dr D_____, médecin généraliste conseil de l'OCAI, a relevé que la capacité de travail ne dépassait pas 30% pour l'instant, que l'octroi d'une rente entière se justifiait, mais qu'il appartenait à l'assurée de diminuer le dommage en suivant un traitement adéquat (anti-dépresseur), étant précisé qu'une révision devrait être prévue dans 9 mois.

   Par décision du 25 avril 2002, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 70% à compter du 1er avril 2001, et assortie d'une rente complémentaire pour enfant.

5. Un questionnaire pour la révision de la rente a été adressé à l'assurée le 3 décembre 2002. Celle-ci a indiqué les noms de ses médecins traitants, soit le Dr A_____ et la Dresse E_____, spécialiste FMH en oncologie-hématologie. Ces deux médecins ont été interrogés par l'OCAI. La Dresse E_____ a indiqué que selon l'examen clinique et le bilan sanguin, sa patiente était en rémission clinique complète, qu'il n'existait dès lors aucune incapacité de travail durable et persistante en particulier pour raison médicale, en particulier pour raison oncologique (rapport du 22 janvier 2003). Les 5 février et 23 mars 2003, le Dr A_____ a déclaré que l'état dépressif était en rémission, que les lombalgies étaient relativement modérées et qu'il existait une capacité résiduelle de travail dans un poste léger à évaluer par le COMAI.

6. Invité à se déterminer, le SMR Léman, relevant que l'état dépressif n'avait jamais été investigué ni traité et compte tenu des déclarations des deux médecins traitants, a proposé un examen bidisciplinaire au SMR (cf. note du 9 mai 2003).

   De cet examen réalisé par le SMR le 4 juillet 2003, il résulte que la capacité de travail exigible pour le métier de femme de chambre ou d'aide d'hospitalière est nulle; qu'en revanche, dans une activité adaptée selon les limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible est de 70 à 80%; qu'après correction du déconditionnement actuel, elle pourrait atteindre les 100%. L'examen psychiatrique n'a pas révélé de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles phobiques, de trouble de la personnalité ni de limitation fonctionnelle psychiatrique pouvant justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, la pathologie lombaire est incompatible avec un travail en position prolongée de flexion torsion du tronc ou en porte à faux, le port de charge au-delà de 10 kilos et la position prolongée assise et debout au-delà de deux heures. Concernant le bras droit, une légère diminution de la force et des douleurs à la charge a été constatée, ce qui fait qu'il convient d'éviter des mouvements répétitifs à ce niveau là et le port de poids de plus de 5 kilos.

Dans une note du 12 novembre 2003, le SMR Léman prend acte de ce qu'une capacité de travail exigible dans une activité adaptée est de 70 à 80% depuis février 2003 et de 100% à terme.

7. L'assurée s'est vue proposer un stage au sein de l'entreprise Y_____ pour une durée d'un mois à compter du 8 mars 2004. Il est alors apparu que son statut devait être modifié, du fait que depuis son divorce, elle ne pouvait plus travailler ni le mercredi ni le week-end, afin de s'occuper de son fils. Un statut de femme active à 80% a dès lors été retenu par la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI.

   A l'issue du stage, se déroulant sur quatre jours (lundi, mardi, jeudi et vendredi), la responsable du centre d'évaluation professionnelle de l'entreprise Y_____ a relevé que l'état psychologique de l'assurée plus que ses difficultés physiques ne lui permettait pas de reprendre actuellement une activité professionnelle. Elle souffre encore de sa dépression et il lui a été conseillé de consulter un psychiatre afin de reprendre pied (cf. rapport du 14 avril 2004).

8. Interrogé par l'OCAI, à la suite du stage, le Dr A_____ a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis son stage, au point qu'une réinsertion lui semblait impossible (rapport du 8 avril 2004). Le Dr F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, que l'assurée a consulté depuis le 13 avril 2004, a diagnostiqué une dépression majeure d'intensité sévère existant depuis 1998 et a relevé que la patiente n'avait jamais jusque-là bénéficié d'un traitement psychiatrique auquel elle avait été hermétique. Il note déjà une amélioration du sommeil et estime qu'une amélioration thymique pourrait certainement être obtenue avec la poursuite du traitement (cf. rapport du 21 avril 2004).

9. Dans une note du 6 mai 2004, le SMR persiste à dire que s'agissant d'une dépression réactionnelle on ne peut pas considérer que la situation est stabilisée. Une amélioration est très vraisemblable et devrait influencer favorablement la capacité de travail. Il ajoute que "l'évolution rapidement favorable de la thymie huit jours après l'introduction du traitement est pour le moins atypique et laisse planer quelques doutes sur la pertinence du diagnostic d'état dépressif sévère".

10. Un nouvel examen psychiatrique a été effectué le 21 octobre 2004 par la Dresse G_____ du SMR Léman. Elle a retenu le diagnostic d'anxiété généralisée d'intensité légère qui repose sur la présence de symptômes anxieux primaires survenant presque chaque jour, se manifestant par une attente craintive avec une anticipation négative des événements. L'anxiété généralisée d'intensité légère réactionnelle à des difficultés au stage d'observation peut justifier une diminution de la capacité de travail de 30%. Elle a également posé le diagnostic de difficultés liées à l'acculturation qui est cependant sans répercussions sur la capacité de travail. Aussi l'assurée peut-elle travailler, que ce soit dans son activité habituelle ou dans

une activité adaptée à 70%, étant rappelé que l'échec au stage d'observation est lié à des facteurs socioculturels et familiaux ainsi qu'à son illettrisme.

11. Le Dr. H_____ du SMR Léman relève en conséquence que l'exigibilité est de 70% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques (cf. note du 29 octobre 2004).

    La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à l'évaluation de l'invalidité, l'année de référence étant 2003. Elle a retenu un salaire sans invalidité de 48'465 fr. par année sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), actualisée à 2003, tableau TA1, dans le domaine des services, dont fait partie l'hôtellerie pour une employée non qualifiée (niveau 4) travaillant à plein temps. Elle a en effet considéré qu'il n'était pas possible de prendre le salaire effectivement réalisé par l'assurée, puisqu'elle travaillait sur appel. Elle s'est fondée, s'agissant du salaire avec invalidité, sur les statistiques d'une ouvrière non qualifiée (niveau 4) travaillant avec une capacité de 70% dans le domaine de l'industrie (10-45) selon le tableau TA1 de l'ESS 2002, actualisée à 2003. Elle a tenu compte d'une réduction supplémentaire de 20% en lien avec l'âge et en raison du fait que seules des activités légères sont envisageables. La comparaison des revenus avec et sans invalidité, soit 48'465 fr. et 27'125 fr., conduit à un taux d'invalidité de 44%.

    Aucune mesure professionnelle n'a par ailleurs été envisagée au vu de la situation (cf. rapport du 20 avril 2005).

12. Par décision du 26 mai 2005, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à un quart de rente simple à compter du 1er juillet 2005, assorti d'une rente complémentaire pour enfant.

13. L'assurée, représentée par le CENTRE SOCIAL PROTESTANT, a formé opposition le 13 juin 2005; ses écritures ont été complétées le 18 octobre 2005. Elle considère qu'une expertise dans un lieu spécialisé pour les troubles découlant de la migration seraient seule à même de cerner pleinement la nature et l'intensité de l'affection dont elle souffre. Elle produit un courrier de la Dresse E_____ daté du 30 septembre 2005 et aux termes duquel "je pense que l'analphabétisme de *l'assurée* est couplé d'une inadaptation sociale qui à mon avis rend impossible toute réadaptation professionnelle voire toute activité de substitution. En effet, la patiente n'a développé que très peu de méthode d'adaptation à son handicap et n'a par exemple aucun repère dans le temps (…). A mon sens, *l'assurée* n'a pas le niveau minimal pour apprendre quoi que ce soit qui puisse être mis à profit sur le marché du travail (…). Un autre aspect du problème concernant la rente AI et qui atteste encore une fois de la relative inadéquation de la patiente consiste dans le fait qu'elle ne m'a jamais fait part de son statut de rentière et ne m'a jamais signalé d'activité professionnelle avant le 7 juin".

14. Invité à se prononcer sur l'utilité d'une nouvelle expertise, le Dr H_____ du SMR Léman a répondu par la négative, rappelant que l'assurée avait déjà fait l'objet de deux examens au SMR d'une part, et que la Dresse G_____, compte tenu de sa large expérience au sein du SMR, était particulièrement compétente dans les troubles liés à la migration d'autre part (cf. note du 1er novembre 2005).

15. Par décision du 15 décembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition.

16. L'assurée, toujours représentée par le CENTRE SOCIAL PROTESTANT, a interjeté recours le 31 janvier 2006 contre ladite décision sur opposition. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 15 décembre 2005 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

17. Dans sa réponse du 16 mars 2006, l'OCAI a constaté qu'il n'existait aucun substrat médical pertinent entravant de manière importante la capacité de travail et de gain de l'assurée, seul le diagnostic d'anxiété généralisée légère ayant pu être retenu. Il souligne que le tableau clinique est en réalité constitué d'atteintes qui relèvent de manière évidente de facteurs psychosociaux et socioculturels qui n'ont pas à être pris en considération par l'assurance-invalidité. Il explique enfin que s'il n'a pas mis en place de nouveau stage d'observation, c'est que de toute évidence un tel stage ne présentait aucune utilité au vu de l'analyse passée et présente de la situation faite par le SMR. Il conclut en conséquence au rejet du recours.

18. Dans sa réplique du 15 mai 2006, l'assurée relève qu'aucun motif de révision ne peut être valablement évoqué par l'OCAI. Elle joint à son courrier un certificat du 14 mai 2006 établi par son nouveau médecin psychiatre traitant, la Dresse I_____, consultée pour la première fois le 10 mars 2006. Ce médecin constate que sa patiente souffre d'une anxiété importante, qu'elle relate la présence d'hallucinations psychosensorielles (visuelle, acoustico-verbale, cénesthétique) à prédominance nocturne, sous-tendues par une anxiété importante. Elle précise que ces symptômes seraient apparus après la séparation d'avec son époux (le couple a divorcé en 1999). Elle retient le diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère, étant précisé que ces symptômes interfèrent de manière significative avec la reprise d'une éventuelle activité professionnelle.

19. Dans sa duplique du 8 juin 2006, l'OCAI persiste dans les termes et conclusions de sa réponse du 16 mars 2006. Il ajoute qu'il y a lieu de se demander si l'instruction médicale effectuée à l'époque de la décision initiale de rente, tout particulièrement sur le plan psychiatrique était suffisante pour l'octroi d'une rente entière. Il se pose autrement dit la question d'une reconsidération pure et simple de sa décision du 25 avril 2002. Il souligne qu'en tout état de cause, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis la décision initiale de rente.

20. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

7. L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

8. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

   Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

   Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références).

10. 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).

11. 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 (art. 41 LAI).

    L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité.

    Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'impotence de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (cf. art. 87 al. 3 RAI).

    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 selon l'art. 17 LPGA doit ainsi clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; MUELLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, pp. 133 ss). La réglementation sur la révision de la rente ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

    Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

    Selon la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa).

12. En l'espèce, l'OCAI a reconnu en 2002 le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, se fondant sur le fait que la capacité de travail de celle-ci ne dépassait pas 30% en raison de son état dépressif. Une révision dans un délai de neuf mois avait d'ores et déjà été prévue.

    Dans le cadre de cette révision, les deux nouveaux médecins traitants ont indiqué que l'état de santé de leur patiente s'était amélioré, et plus particulièrement que l'état dépressif était en rémission. Les médecins du SMR ont considéré qu'elle pouvait

travailler à raison de 70-80% dans une activité légère adaptée à ses limitations fonctionnelles, et qu'elle ne présentait aucun trouble psychiatrique susceptible de justifier une quelconque diminution de la capacité de travail.

Toutefois, le stage au sein de l'entreprise Y_____ effectué en mars 2004 a provoqué une aggravation de cet état de santé, aggravation constatée par la responsable du centre d'évaluation professionnelle et confirmée tant par le Dr A_____ que par le Dr F_____ qui a diagnostiqué une dépression majeure d'intensité sévère.

Il y a lieu de relever que ce diagnostic n'a pas été retenu par la Dresse G_____ du SMR Léman, qui n'a elle-même observé qu'une anxiété généralisée d'intensité légère. Selon ce médecin, les difficultés auxquelles se heurte l'assurée proviennent essentiellement de facteurs socio-culturels et familiaux et de l'illettrisme. La Dresse E_____ parle quant à elle d'analphabétisme couplé à une inadaptation sociale.

13. L'existence de facteurs socio-culturels comme étant essentiellement à l'origine de ses difficultés n'est en réalité pas contestée par l'assurée elle-même, puisqu'elle allègue que le fait "que sa dépression plonge ses racines dans son enfance, dans sa vie d'adulte, dans son inadaptation sociale ou même dans son illettrisme, finalement peu importe, du point de vue de sa capacité de travail, il s'agira toujours d'une maladie l'empêchant de travailler. En effet, éliminer certaines maladies du champ d'analyse de l'assurance-invalidité en raison de leur cause reviendrait rapidement à refuser comme cause d'invalidité, le cancer d'un fumeur, la cirrhose d'un alcoolique, voire le sida d'un toxicomane".

    Elle propose du reste dans ses écritures du 18 octobre 2005, la mise sur pied d'une expertise spécialisée pour les troubles découlant de la migration.

    En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte

psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

14. Le Tribunal de céans constate que l'octroi de la rente entière a été justifié par l'existence d'un état dépressif uniquement, le problème physique de lombalgies qualifiées de modérées par le Dr C_____ dans son expertise du 11 septembre 2001 et par le Dr A_____ dans ses rapports de 5 février et 23 mars 2003 n'étant pas de nature à empêcher l'assurée d'exercer une activité à plein temps, pour autant que celle-ci soit sans port de charges.

    Or, le SMR Léman a relevé dans sa note du 9 mai 2003, que l'état dépressif n'avait jamais été investigué ni traité. Aucun des médecins traitants de l'assurée n'était en effet spécialiste FMH en psychiatrie. L'examen effectué par le SMR le 4 juillet 2003, ne révèle pas de dépression majeure. L'assurée n'est suivie par un psychiatre que depuis le 13 avril 2004 à la suite du stage, soit le Dr F_____. Celui-ci a certes diagnostiqué une dépression majeure d'intensité sévère. Il a toutefois estimé qu'une amélioration thymique pourrait certainement être obtenue avec la poursuite du traitement. La Dresse G_____ a quoi qu'il en soit contesté ce diagnostic, déclarant qu'il ne s'agissait que d'une anxiété généralisée d'intensité légère.

    Aussi convient-il de confirmer le taux d'incapacité de 30% retenu par l'OCAI sur la base de l'examen de la Dresse G_____. Le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé la division de réadaptation professionnelle est conforme aux dispositions légales et règlementaires applicables. Le taux de 44% ne peut ainsi être que confirmé également. Même si l'on admettait l'abattement supplémentaire maximal autorisé par la jurisprudence du TFA, le taux de 47,5% obtenu ne suffirait pas non plus à ouvrir droit à une rente entière d'invalidité, voire à une demi-rente.

    C'est dès lors à juste titre que l'OCAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente dès le 1er juillet 2005.

15. Le Tribunal de céans relève que dans un certificat du 14 mai 2006, la Dresse I_____, a indiqué que l'assurée souffrait de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel sévère et se plaignait d'avoir des hallucinations psychosensorielles.

    Il s'agit cependant là de faits survenant postérieurement aux décisions litigieuses; ils ne peuvent de ce fait être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Selon une jurisprudence constante en effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités).

Si l'état de santé de l'assurée s'est effectivement aggravé, elle a la possibilité de déposer une nouvelle demande auprès de l'OCAI.

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. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La X_____e
QUELOZ Marie-Louise	Doris WANGELER

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