REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3577/2006 **ATAS/373/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 3 avril 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOVAY Marianne	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1961, travaillait au service de X_____ SA depuis le 1er septembre 2000 en qualité d'ouvrière en horlogerie. Elle a cessé toute activité depuis le 2 octobre 2003.

   Elle a déposé le 28 octobre 2003 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle et d'un reclassement dans une nouvelle profession.

2. La Dresse A_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué dans un rapport adressé à l'OCAI le 12 décembre 2003, que sa patiente était atteinte d'une hépatite C avec polyarthralgies, d'un état dépressif chronique depuis plusieurs années avec une aggravation depuis 2002, de cervico-brachialgies bilatérales invalidantes depuis 2002, de dorsalgies; elle présente au surplus un status postopératoire du tunnel carpien des deux côtés en 1993 et 1998 avec récidive à droite en 2003 et une allergie au nickel. Le médecin a considéré que l'assurée était incapable de travailler à 100% dans sa profession d'ouvrière en horlogerie du 22 juillet au 11 août 2002 et depuis le 3 octobre 2002. Elle a précisé que le pronostic était moyen et qu'une reprise de travail à 100% devait pouvoir être envisagée dès janvier 2004 dans le cadre d'un emploi adapté (possibilité de changer de position, pas de travail lourd ni trop fin, contact avec des gens si possible) tel qu'aide à domicile. Le médecin a notamment joint à son rapport un courrier à elle adressé par le Prof. B_____ de la division de rhumatologie des "établissement hospitalier", lequel a confirmé l'existence de polyarthralgies (éventuellement arthrite) dans le contexte d'une hépatite C.

3. Par décision du 7 juin 2004, l'OCAI a accordé à l'assurée une mesure d'orientation professionnelle à l'office.

   Dans le cadre de cette mesure, il a été constaté que l'assurée était une collaboratrice pleine de bonne volonté mais limitée par ses capacités physiques, à savoir qu'elle ne peut assumer des activités de production comme:

   - port de charges lourdes
   - ne peut serrer longtemps un objet dans les mains, doit régulièrement le reposer (exemple le repassage),
   - pas de mouvements répétitifs avec les mains même léger (exemple adressages postaux),
   - peu de sensibilité dans les mains (exemple difficulté à saisir les petites pièces)
   - positionnement trop statique des mains entraîne des douleurs musculaires du dos.

   Un rapport a été établi par le service de réadaptation professionnelle le 15 mars 2005. Il y est indiqué que dans le cadre du chômage, l'assurée a pu suivre un stage à

l'Atelier Femmes de l'Association Réalise depuis trois mois. Selon la réadaptatrice, il serait judicieux qu'elle continue ce stage afin notamment de bénéficier de cours d'informatique.

Invité à se déterminer, le Service médical régional AI (ci-après SMR) a considéré qu'il convenait de procéder à un examen bi-disciplinaire (rhumatologique et psychiatrique: état dépressif) afin de définir l'exigibilité et les limitations objectives.

4. Un examen bi-disciplinaire a été réalisé dans le cadre du SMR le 25 octobre 2005. Les Drs C_____ (psychiatre) et D_____ (rhumatologue), ont retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, des polyarthralgies dans le cadre d'une hépatite C chronique, des cervico-brachialgies droites dans le cadre de discrets troubles statiques et dégénératifs du rachis et une péri-arthropathie de la hanche gauche, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une cataracte bilatérale anamnestique, une suspicion de récidive du tunnel carpien bilatéral dans le cadre d'un status après cure chirurgicale bilatérale, une allergie au nickel et un épisode dépressif léger sans syndrome somatique.

   Les médecins ont considéré qu'effectivement les polyarthralgies et l'asthénie dans le cadre de l'hépatite C limitait l'assurée dans son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie, cependant en l'absence de véritable arthropathie inflammatoire ils ont estimé qu'une capacité de travail résiduelle de 50% dans cette activité pouvait être exigée. Par ailleurs dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail n'était limitée qu'à 80% surtout en raison de l'asthénie et d'une certaine fragilité articulaire dans le cadre de l'hépatite C chronique.

   Sur le plan psychiatrique, ils ont constaté que l'assurée avait gardé d'une enfance douloureuse une fragilité psychique, que toutefois elle était arrivée progressivement à s'intégrer dans le monde du travail et à maintenir une activité professionnelle continue sur une longue période, ce malgré l'absence de formation professionnelle. L'assurée présente une symptomatologie dépressive légère consécutive à un découragement induit par la fatigue et les douleurs physiques qu'elle ressent. Il semble qu'au regard de son histoire personnelle elle ait toujours pu se compenser sur le plan psychique grâce à l'activité professionnelle. L'absence de toute activité peut dès lors mener à un état dépressif plus grave étant donné qu'elle présente une vulnérabilité sur ce plan. Les médecins ont ainsi considéré qu'il était important qu'une activité soit maintenue ("des mesures d'ordre professionnel ou de reclassement ont un sens"). Par ailleurs, ils ont indiqué que sur le plan psychiatrique la capacité de travail était entière quelle que soit l'activité envisagée.

5. Par décision du 30 janvier 2006, l'OCAI a rejeté la demande de rente et de mesures professionnelles au vu de l'examen du SMR du 25 octobre 2005.

6. L'assurée a formé opposition le 24 février 2006. Le 17 mars 2006, représentée par Maître Marianne BOVAY, elle a complété ses écritures. Elle précise qu'elle consulte depuis février 2006 la Dresse E_____, psychiatre, pour son état dépressif. Elle observe que le rapport établi à la suite du stage effectué dans l'atelier de réadaptation professionnelle en septembre 2005 met en évidence les limites physiques qu'elle rencontre dans une activité légère, ainsi que le rendement sur une demi-journée qui chute à 20-25%. Elle relève dès lors que le rapport du SMR est en totale contradiction avec ce qui avait pu être constaté lors de son stage. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente et à ce que des mesures d'ordre professionnel soient ordonnées afin de lui permettre d'avoir une activité professionnelle adaptée, à temps partiel.

7. Par décision du 19 mai 2006, l'OCAI a admis la demande d'assistance juridique déposée le 17 mars 2006.

8. Interrogée par l'OCAI, la Dresse E_____ a confirmé le 6 juillet 2006 qu'elle suivait l'assurée depuis février 2006, que celle-ci l'avait consultée parce qu'elle souffrait d'un état dépressif avec asthénie importante, perte d'intérêt, troubles de la concentration, idées de mort et douleurs ostéo-articulaires exacerbées. La Dresse E_____ a indiqué que cet état dépressif semblait avoir évolué depuis trois - quatre ans suite à une hépatite C chronique avec échec du traitement d'Interféron et suite à l'arrêt de son activité professionnelle comme manutentionnaire. Elle considère que l'évolution à la faveur d'un traitement antidépresseur et d'une thérapie de soutien est favorable avec une diminution des symptômes. Elle estime actuellement la capacité de travail de l'assurée à 50% en ce qui concerne la problématique psychique et rappelle qu'il y a trois mois elle était de 0%.

9. Dans un rapport du 12 juillet 2006, la Dresse F_____ a déclaré que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire sur le plan physique mais s'était aggravé sur le plan psychique depuis début 2006.

10. Le Service de réadaptation professionnelle a rendu son rapport de fin d'examen le 28 juillet 2006. Il a procédé à la comparaison des gains avant et après l'invalidité et ainsi obtenu un degré d'invalidité de 25,8%, sur la base d'une incapacité de travail de 80 % dans une activité adaptée. Il a par ailleurs considéré que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage ou à faciliter la reprise d'une activité adaptée, relevant à cet égard que depuis l'examen du SMR du 25 octobre 2005, l'assurée elle-même estimait que son état de santé s'était détérioré tant au niveau psychique que physique, à telle enseigne que la reprise d'une activité même adaptée était illusoire.

11. Par décision du 29 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Il se réfère expressément aux conclusions de l'examen bi-disciplinaire du SRM du 25 octobre 2005 selon lequel l'assurée présente une capacité de travail exigible de 50% dans la profession

d'ouvrière en horlogerie et de 80% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles. Il précise qu'il a soumis le courrier de la Dresse E_____ au SMR, que celui-ci dans un avis du 25 juillet 2006, tout en maintenant en l'état le diagnostic retenu dans le cadre de l'examen bi-disciplinaire, ne conteste pas la possibilité d'une aggravation sur le plan psychique.

12. L'assurée a interjeté recours le 29 septembre 2006 contre ladite décision. Elle considère que l'examen bi-disciplinaire du SMR n'est pas complet, puisqu'aucune investigation sérieuse n'a été faite en ce qui concerne la suspicion d'un syndrome du tunnel carpien alors qu'elle a été opérée de la main en 1993, les allergies à certaines matières, et la découverte au printemps 2006 d'un kyste non-opérable de 3,5 cm à la hanche. Selon elle, les médecins du SMR ont complètement minimisé les symptômes de son état dépressif. Le taux de capacité de travail de 80% dans une activité adaptée retenu par l'OCAI est irréaliste et ne tient pas compte de toutes les affections dont elle souffre ni de leur intensité. Elle conclut dès lors préalablement à ce qu'une contre-expertise psychiatrique et rhumatologique soit ordonnée, principalement à ce que des prestations AI sous forme d'un reclassement professionnel lui soient allouées, et subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité.

13. Dans sa réponse du 23 octobre 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours.

14. Sa réponse a été communiquée 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 statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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 fédérale 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la

date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que, la décision litigieuse ayant été rendue en date du 29 août 2006 mais statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2002, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LAI et de son règlement en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur. Enfin, s'agissant des modifications de la LAI du 21 mars 2003, entrées en vigueur le 1er janvier 2004, elles seront citées dans la mesure de leur pertinence.

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).

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

5. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à des mesures de reclassement professionnel et à une rente.

6. Selon l'art. 4 al 1 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une atteinte à la santé physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

   Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus (art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b).

L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI, le 1er janvier 2004, 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).

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.

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 du médecin traitant, il y a lieu de retenir, conformément à la jurisprudence du TFA, qu'il a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans

le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. En l'espèce, les médecins du SMR lors de l'examen bi-disciplinaire réalisé le 25 octobre 2005, ont considéré que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% comme ouvrière en horlogerie et de 80% dans une activité adaptée à ses diverses limitations fonctionnelles. Sur le plan psychiatrique, ils ont évalué la capacité de travail à 100% quelle que soit l'activité envisagée, étant précisé que dans son cas, des mesures d'ordre professionnel ou de reclassement seraient particulièrement indiquées.

9. a) L'assurée a contesté le bien-fondé des conclusions du SMR, au motif qu'elles étaient en totale contradiction avec les constatations faites dans le cadre du stage qu'elle avait effectué dans l'atelier de réadaptation professionnelle en septembre 2005.

   b) Dans le rapport établi à la suite de ce stage, une liste des activités que l'assurée ne peut pas assumer a certes été dressée, force est toutefois de constater que ces limitations ont dûment été prises en considération par les médecins du SMR. En effet, ceux-ci font état des limitations fonctionnelles suivantes: nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier d'un poids excédant 12 kg, pas de travail en porte-à-faux statique du tronc, pas de travail de précision, pas de travail impliquant des mouvements répétitifs des mains et des poignets ou le déploiement répétitif de force, pas de marche supérieure à 15 minutes, pas de travail imposant de franchir régulièrement des escabeaux, échelles, escaliers.

   c) Le Tribunal de céans constate que le rapport du SMR se fonde sur un examen clinique complet et prend en considération les plaintes exprimées par la recourante, il a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, la description de la situation médicale et son appréciation sont claires, les médecins se sont déterminés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. En conséquence le rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (ATF 125 V 352).

   d) Les conclusions de ce rapport rejoignent du reste celles du médecin traitant qui indiquait le 12 décembre 2003 qu'une reprise de travail à 100% devait pouvoir être envisagée dès janvier 2004 dans le cadre d'un emploi adapté.

10. L'assurée allègue également qu'aucune investigation sérieuse n'a été faite s'agissant de la suspicion d'un syndrome du tunnel carpien, des allergies à certaines matières et de la découverte au printemps 2006 d'un kyste à la hanche. Il y a cependant lieu

de constater à cet égard que les médecins du SMR ont bel et bien tenu compte du syndrome du tunnel carpien, ainsi que de l'allergie au nickel.

11. Il va de soi qu'il n'en est pas de même s'agissant du kyste, puisque celui-ci a été découvert au printemps 2006, soit après que le rapport du SMR ait été établi.

Selon une jurisprudence constante, 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). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 ; arrêt du 31 mars 2000, cause N° I 615/99; arrêt du 29 octobre 2003 du TFA, cause I 646/02).

Il y a toutefois lieu de relever que le kyste a été découvert entre le 30 janvier 2006, date de la décision de refus et le 29 août 2006, date de la décision sur opposition. Il ne s'agit donc pas d'un fait nouveau à proprement parler.

Il appartenait dès lors à l'OCAI d'investiguer davantage sur ce point.

12. a) L'assurée soutient que les médecins du SMR ont minimisé les symptômes de son état dépressif. La Dresse E_____, qu'elle consulte depuis février 2006, a en effet fait état d'un état dépressif avec asthénie importante, perte d'intérêt, troubles de la concentration et idées de mort.

Ce médecin estime la capacité de travail de l'assurée à 50% en ce qui concerne la problématique psychique, depuis juillet 2006, étant précisé qu'elle était nulle en février 2006. La Dresse F_____ a confirmé que l'état de santé sur le plan psychique s'était aggravé début 2006. L'aggravation de l'état de santé psychique, intervenue en février 2006, impliquerait ainsi une capacité de travail de 0% de février à juillet 2006, puis de 50%.

b) Invité à se déterminer après avoir pris connaissance des constatations de la Dresse E_____, le SMR a considéré qu'en l'état, la situation restait inchangée, mais qu'il convenait d'attirer l'attention de l'assurée sur le fait qu'elle avait la possibilité de déposer à l'échéance du délai de carence, une nouvelle demande en cas de persistance de l'état dépressif survenu début 2006.

L'OCAI a partant considéré que l'aggravation de l'état dépressif constituait un fait nouveau, puisque survenu après la notification de la décision du 30 janvier 2006.

c) Le Tribunal de céans relève que cette aggravation est en réalité intervenue entre ladite décision et la décision sur opposition, de même que la découverte du kyste, elle devrait dès lors être prise en considération par l'OCAI si elle est avérée et pour autant qu'elle ait duré plus de trois mois (art. 88a al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI).

13. Force est ainsi de constater que la cause n'est pas en état d'être jugée s'agissant de l'influence éventuelle de la présence d'un kyste sur la capacité de travail et de l'aggravation de l'état psychique constatée par la Dresse E_____. Une instruction complémentaire se justifie en conséquence.

14. Reste à déterminer le degré d'invalidité en l'état, en se fondant sur une incapacité de travail de 80% dans une activité adaptée.

    L'OCAI a procédé à la comparaison des gains et a retenu un revenu sans invalidité de 44'400 fr. et un revenu avec invalidité résultant des données statistiques des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS) publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76). Prenant en considération une réduction supplémentaire de 15%, il a obtenu un degré d'invalidité de 25,8%. Son calcul ne peut être que confirmé.

15. Dans son rapport du 28 juillet 2006, le service de réadaptation professionnelle a indiqué que des mesures professionnelles ne seraient pas de nature à réduire le dommage ou à faciliter la reprise d'une activité adaptée, relevant à cet égard que depuis l'examen du SMR du 25 octobre 2005, l'assurée elle-même estimait que son état de santé s'était détérioré tant au niveau psychique que physique, à telle enseigne que la reprise d'une activité même adaptée était illusoire.

    Il appartiendra à l'OCAI, dans le cadre de l'instruction complémentaire, d'examiner si des mesures de réadaptation pourront alors être envisagées, vu le pronostic favorable émis par la Dresse E_____.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet partiellement le recours en ce sens que les décisions des 30 janvier et 29 août 2006 sont confirmées s'agissant de la période antérieure à février 2006, date correspondant au début de l'aggravation alléguée.

3. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision s'agissant de la période postérieure.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.

5. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé.

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

La greffière	La Présidente
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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