

EN FAIT

1. Mme M_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1950 et ressortissante portugaise au bénéfice d'un certificat de comptabilité, a travaillé en tant que comptable au Portugal de 1965 à 1971 et de 1982 à 1991, puis comme femme de chambre dans divers établissements hôteliers en Suisse depuis 1995.
2. Dans sa dernière place occupée à raison de huit heures par jour pour un salaire mensuel de 3'650 fr., l'employeur a résilié les rapports de travail pendant la période d'essai avec effet au 23 mai 2001.
3. Le 10 septembre 2001, l'assurée s'est soumise à une échographie de l'épaule droite qui a révélé une calcification du tendon du sus-épineux et une insertionite au niveau de l'apophyse coracoïde.
4. Dans un rapport du 12 septembre 2001, le Dr A_____, médecin assistant au service de neurochirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assurée souffrait d'une lombosciatalgie descendant dans le membre inférieur gauche avec des douleurs quasi permanentes et une aggravation à la marche, présente depuis mai 2001 probablement à la suite d'un faux mouvement. Dans son rapport du 18 octobre 2001, il a exposé que la patiente se plaignait actuellement de douleurs au niveau lombaire et par moments d'une irradiation dans la jambe. Il a ajouté que l'examen neurologique ne démontrait pas de Lasègue et pas de déficit de la force de sorte qu'il se justifiait d'adopter une attitude attentiste.
5. Dans un rapport du 10 janvier 2002 établi dans le cadre de l'assurance-chômage, le Dr B_____, médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), a attesté une incapacité définitive à travailler dans la profession de femme de chambre et une aptitude à 100 % dès le 1^{er} février 2002 à exercer une profession légère ainsi qu'essentiellement assise telle qu'usinage ou horlogerie, etc.
6. Le 21 janvier 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'un reclassement dans une nouvelle profession. Elle a précisé qu'elle se trouvait à l'incapacité de travail depuis le 1^{er} mai 2001 en raison d'une affection lombaire chronique, d'une tendinite à l'épaule droite et de cervicalgies existant depuis 1998.
7. Le 30 septembre 2002, elle a déposé une deuxième demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
8. Dans un rapport du 8 octobre 2002, le Dr C_____, chirurgien, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies sur lombarthrose et hernie discale L5-S1 ainsi que des protrusions discales L3-L4 et L4-L5 existant depuis mai 2001, un état dépressif présent depuis 1999 et une

hypertension artérielle essentielle existant depuis 2001, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une obésité présente depuis 1999. Il a attesté une incapacité de travail dans l'activité de femme de chambre de 100 % du 1^{er} mai 2001 à septembre 2002, puis de 50 % dès le 16 septembre 2002.

9. Dans un rapport médical du 12 décembre 2002, le Dr D_____, généraliste, a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches récidivantes en rapport avec une hernie discale L5-S1 et un état dégénératif avancé existant depuis environ cinq ans, une spondylarthrose cervicale symptomatique ainsi qu'une tendinobursite à l'épaule droite récidivante, d'autre part sans répercussion sur l'incapacité de travail, un syndrome dépressif récurrent et un tunnel carpien bilatéral modéré. Il a attesté une incapacité de travail entière du 1^{er} mai 2001 au 31 janvier 2002 en précisant qu'il s'agissait d'une attestation pour changement d'activité établie pour l'OCE et qu'il n'avait pas revu la patiente depuis février 2002. Il a exposé qu'à l'époque, la patiente se plaignait de lombalgies quasi permanentes, de douleurs à son épaule droite au moindre effort ainsi que lors de l'adduction et de l'élévation. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a indiqué qu'il n'y avait pas de capacité de travail raisonnablement exigible dans la profession de femme de chambre et que, dans une activité très légère, elle était peut-être de 50 % avec une baisse de rendement de 50 %.
10. Dans une notice du 5 mars 2003, le Dr E_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) et spécialiste en médecine interne, a indiqué que, dans l'activité de femme de chambre, l'assurée souffrait de limitations fonctionnelles dans le port de charges (plus de huit kilos), dans les activités statiques, les activités en porte-à-faux du tronc, l'élévation du bras droit au-dessus de 90° et les sollicitations répétitives du bras droit (en force). Il a estimé que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était au minimum de 50 % et au maximum de 80 %.
11. Du 26 mai au 22 juin 2003, l'assurée a bénéficié de mesures d'observation professionnelle auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après : CIP). Dans le rapport de 24 juin 2003, les maîtres de réadaptation ont considéré que les capacités physiques de la patiente étaient compatibles avec un emploi pratique et léger, non répétitif, sans port de charges, permettant d'alterner les positions mais prioritairement assises. Ils ont précisé qu'un rendement de l'ordre de 70 % sur huit heures de travail devrait être exigible après une courte période de réadaptation et/ou de formation et qu'une réadaptation était possible en tant que commis de bureau (comptabilité), petite livraison (médicaments, fleurs, etc.) et tous travaux manuels légers (compositions florales, décoration d'objets, cuir, etc.). En raison des capacités de l'assurée et de sa motivation à retrouver une activité adaptée, ils ont proposé la mise en place de mesures professionnelles.

12. Du 28 juillet au 26 octobre 2003, l'assurée a bénéficié d'une prolongation de mesures d'observation professionnelle lors desquelles elle a exercé divers stages en entreprise. Dès le 15 août 2003, le Dr D_____ a attesté une incapacité de travail de 50 %, puis de 100 % dès le 26 août 2003, enfin de 50 % dès le 15 septembre 2003. Du 6 au 26 août 2003, l'assurée a effectué un stage d'auxiliaire sur cuir à raison de six heures par jour où elle a été décrite comme très plaintive et inapte à travailler dans ce métier (plaintes, manque de maintien des positions) ainsi que comme une personne triste et déprimée. Du 22 septembre au 10 octobre 2003, elle a accompli à mi-temps un stage d'ouvrière dans le secteur de la serrurerie fine pendant lequel le responsable l'a dépeinte comme motivée et faisant du bon travail. Du 1^{er} au 24 octobre 2003, elle a effectué un stage d'opératrice sur machine à mi-temps lors duquel elle a été décrite comme très fragile sur le plan psychique (pleurs, plaintes, solitude, difficultés d'intégration) et comme ayant une résistance physique faible, son rendement étant évalué à 60 % sur quatre heures de travail mais améliorable avec l'entraînement. Dans le rapport du 14 octobre 2003, les maîtres de réadaptation ont considéré que l'assurée pouvait être réadaptée théoriquement dans une activité d'ouvrière à l'établi dans le secteur de la serrurerie fine et d'ouvrière d'usine dans le secteur du montage (artisanat, décoration, etc.) nécessitant une mise au courant en entreprise de six mois. Ils ont précisé que, dans une activité à plein temps, un rendement de 70 % était escompté lorsque l'état de déprime serait stabilisé et que les chances de succès d'un reclassement étaient faibles dans le milieu économique normal dès lors que l'assurée mettait souvent en avant ses limitations physiques, avait de gros problèmes de déprime et présentait un risque d'absentéisme important.
13. Le 17 mars 2005, l'OCAI a informé l'assurée qu'il mettait en oeuvre une expertise médicale auprès du SMR.
14. Dans un rapport du 23 mai 2006, le Dr F_____, psychiatre, a précisé que l'assurée vivait seule en studio depuis sa séparation en 2001, suivi d'un divorce en 2003. Lors de l'examen du 20 février 2006, il n'a observé ni troubles de la mémoire, ni signes de diminution de l'attention et de fatigue, ni signes de ralentissement de la pensée. Il a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies sur lombarthrose et hernie discale L5-S1, une protrusion discale L3-L4 et L4-L5, des cervicalgies, une tendinobursite de l'épaule droite récidivante, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie (F 34.1) ainsi que des traits de personnalité abandonnique, dépendante et immature (F 60.9). Il a expliqué que, chez l'assurée, il n'avait pas constaté la présence entre autres des trois symptômes de base de la dépression majeure puisque, d'une part, l'humeur dépressive était influencée par les circonstances et n'était pas présente pratiquement toute la journée, d'autre part, l'assurée présentait de l'intérêt pour certaines activités habituellement agréables, enfin, il n'avait pas constaté objectivement de trouble de la concentration. Il a conclu à une capacité de travail de 0 % (du point de vue

somatique) dans l'activité habituelle et de 70 % dans une activité adaptée en précisant que, du point de vue psychiatrique, l'exigibilité était de 100 %.

15. Dans son rapport du 24 octobre 2006, la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a considéré que le taux d'invalidité de l'assurée était de 25.3 % et qu'au vu des mesures d'observation professionnelle déjà mises en place, des conclusions du CIP ainsi que du SMR, elle estimait que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'une aide au placement pouvait éventuellement être accordée à l'assurée sur demande motivée de sa part.
16. Le 8 janvier 2007, l'OCAI a communiqué à l'assurée son projet d'acceptation de rente prévoyant l'octroi d'une rente d'invalidité du 1^{er} mai au 31 décembre 2002 sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % et d'une demi-rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2003 sur la base d'un taux d'invalidité de 50 %, enfin le refus de toutes prestations dès le 1^{er} octobre 2003. Il a considéré que, selon le SMR et son médecin traitant, l'état santé de l'assurée s'était amélioré dès le 16 septembre 2002 dans la mesure où sa capacité de travail était alors de 50 % et que, selon le rapport du stage d'observation professionnelle du 2 juillet 2003, son degré d'invalidité n'était plus que de 30 % dès le 23 juin 200. Il a établi le taux d'invalidité à 25 % selon la méthode de la comparaison des revenus en tenant compte d'un rendement de 70 % et sans prendre en considération d'abattement sur le revenu d'invalidité.
17. Par courrier du 8 février 2007, Me Daniel MEYER a informé l'OCAI que l'assurée faisait élection de domicile en son étude. En outre, il a exposé que l'assurée contestait ledit projet au motif que l'OCAI n'avait procédé à aucune investigation pour prétendre qu'à partir du 1^{er} octobre 2003, elle était à nouveau en mesure d'exercer une activité lucrative et qu'il n'avait pas tenu compte de ses problèmes psychiques. Par ailleurs, il a demandé à obtenir une copie du dossier et un délai complémentaire pour compléter ses observations.
18. Par décisions du 15 mai 2007 expédiées au domicile de l'assurée, l'OCAI a maintenu sa position et a alloué à l'assurée une rente mensuelle simple du 1^{er} mai au 31 décembre 2002 sur la base d'un taux d'invalidité de 100 % et du 1^{er} janvier au 30 septembre 2003 sur la base d'un taux d'invalidité de 50 %.
19. Par acte du 15 juin 2007, l'assurée a recouru contre lesdites décisions auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter son recours, principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} mai 2002 et pour une durée indéterminée, subsidiairement à l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Elle a relevé que, malgré sa demande, l'intimé ne lui avait pas communiqué son dossier et que les décisions entreprises étaient nulles de plein droit dès lors qu'elles n'avaient pas été communiquées au domicile élu. Elle a allégué que l'intimé n'avait pas démontré en quoi sa capacité de travail avait été améliorée entre le 1^{er} mai 2002 et le 1^{er} octobre

2003. En outre, elle a reproché à l'intimé de s'être basé, sur le plan physique en particulier, sur des pièces médicales datant de 2002 ainsi que de 2003 et de n'avoir procédé à aucune investigation médicale récente. Elle a également allégué que son médecin traitant, dans son rapport du 12 décembre 2002, n'avait jamais prétendu que sa capacité de travail dans l'activité de femme de chambre était de 50 % et que, de surcroît, son état de santé s'était aggravé depuis 2002 puisqu'elle souffrait également d'épisodes de blocage au niveau de la jambe gauche. Elle a rappelé qu'elle présentait également un état dépressif récurrent pour lequel elle était en traitement psychiatrique régulier depuis 2002 avec thérapie de soutien et traitement à base d'antidépresseurs. Subsidiairement, elle a soutenu que, dans la mesure où l'intimé lui reconnaissait une incapacité de travail de 30 %, il se justifiait de mettre en oeuvre des mesures d'ordre professionnel.

20. Dans son complément du 12 juillet 2007, la recourante a maintenu ses précédentes conclusions. Elle a relevé qu'elle avait obtenu un diplôme de comptable au Portugal il y avait plus de 40 ans et qu'elle n'avait exercé cette activité que pendant sept ans entre 1965 et 1972 de sorte qu'il était tout à fait irréaliste qu'elle puisse reprendre une activité de comptable ou d'aide-comptable comme le prétendait le SMR. Elle a allégué que les conclusions de l'examen psychiatrique du 20 février 2006 écartant le diagnostic de dépression majeure étaient contraires aux constatations des maîtres de réadaptation qui la décrivaient comme étant d'humeur dépressive pratiquement toute la journée, triste et découragée avec de nombreux pleurs. Elle a également allégué subir une perte d'intégration sociale avec repli évident ainsi qu'une baisse d'énergie avec augmentation de la fatigabilité de sorte qu'elle ne disposait d'aucune ressource psychique lui permettant de surmonter ses multiples atteintes physiques.
21. Dans sa réponse du 17 septembre 2007, l'intimé a précisé, au sujet de l'erreur de notification, être disposé à communiquer ses décisions une nouvelle fois au mandataire mais que, dans la mesure où la recourante avait eu connaissances desdites décisions, il proposait, par économie de procédure, d'entrer en matière sur le fond du recours. Il a soutenu que l'expertise psychiatrique du Dr F_____ revêtait une pleine valeur probante dès lors que son rapport était bien motivé, détaillé et exempt de contradiction. Il a relevé que, dans son rapport du 12 décembre 2002, le Dr D_____ ne retenait aucune incapacité de travail sur le plan psychique et que l'assurée n'était nullement suivie par un médecin psychiatre. Sur le plan physique, il a admis que l'instruction du dossier méritait de plus récentes investigations de sorte qu'il a conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier à l'administration afin que celle-ci procédât à un complément d'instruction sur cette question.
22. Dans sa réplique du 12 octobre 2007, la recourante a souhaité que le dossier ne soit pas retourné à l'intimé pour complément d'instruction mais que le Tribunal ordonnât une expertise pour déterminer les atteintes tant psychiques que somatiques.
23. Le 16 octobre 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimé.

24. Sur ce, il a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Les décisions du 15 mai 2007 notifiées par pli simple ont été reçues par la recourante au plus tôt le 18 mai 2007, lendemain de l'Ascension, et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 18 juin 2007 (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 15 juin 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et en particulier sur le degré de son invalidité. Bien que la recourante conclue à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} mai 2002 et pour une durée indéterminée, le litige ne porte toutefois pas sur la période du 1^{er} mai au 31 décembre 2002 pour laquelle l'intimé lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité, mais bien sur la période dès le 1^{er} janvier 2003.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

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 d'une 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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V

278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes

directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. La recourante allègue que les décisions du 15 mai 2007 sont nulles au motif qu'elles lui ont été notifiées directement alors qu'elle avait élu domicile auprès de son mandataire.

Selon la jurisprudence, les communications que les autorités administratives et judiciaires destinent aux parties qu'elles savent représentées par un mandataire doivent être adressées à celui-ci. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales, commandé par la sécurité du droit, qui établit une règle claire quant à la notification déterminante pour le calcul du délai de recours (cf. DTA 2002 n°9 p. 66 consid. 2; RAMA 1997 n° U 288, p. 442 consid. 2b).

Lorsque la forme est écrite, la décision doit parvenir à la connaissance des intéressés; plus précisément, ceux-ci doivent être mis dans la situation où la prise de connaissance ne dépend plus que d'eux-mêmes ou leur représentant (cf. MOOR, Droit administratif, 2ème éd., Berne 2002, volume II, p. 302). La notification irrégulière d'une décision ne doit entraîner aucun préjudice pour l'intéressé (art. 49 al. 3 dernière phrase LPG). Cependant, la jurisprudence n'attache pas nécessairement la nullité à l'existence de vices dans la notification; la protection des parties est suffisamment garantie lorsque la notification irrégulière atteint son but malgré cette irrégularité. Il y a lieu d'examiner, d'après les circonstances du cas concret, si la partie intéressée a réellement été induite en erreur par l'irrégularité de la notification et a, de ce fait, subi un préjudice (ATF 122 I 99 consid. 3a/aa, 111 V 150 consid. 4c et les références; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 s. consid. 2b/bb; ZBI 95/1994 p. 530 consid. 2).

En l'espèce, bien que le mandataire se soit constitué pour la défense de la recourante en précisant, le 8 février 2007, que sa cliente élisait domicile en son étude, l'intimé a notifié ses décisions de rente du 15 mai 2007 directement à la recourante. Cette notification est irrégulière puisque lesdites décisions n'ont pas été envoyées au domicile élu de la recourante chez son avocat, bien que l'intimé savait

qu'elle était représentée par un mandataire. Toutefois, étant donné que la recourante a pu recourir dans le délai de trente jours dès cette notification, il ressort des circonstances du cas que, malgré sa forme irrégulière, cette notification a atteint son but de sorte que l'assurée ne subit aucun préjudice à ce sujet et ne peut donc déduire de cette irrégularité aucun argument en sa faveur.

8. Il y a lieu d'examiner si c'est à bon droit que l'intimé a alloué une rente entière d'invalidité avec effet limité au 31 décembre 2002, puis une demi-rente du 1^{er} janvier au 30 septembre 2003, puis a refusé toutes prestations dès le 1^{er} octobre 2003.

La recourante soutient que l'instruction de son dossier est lacunaire sur le plan des troubles physiques et conteste l'appréciation faite par le Dr F_____ de ses troubles psychiques ainsi que de sa capacité de travail. Pour sa part, l'intimé a accepté que le dossier lui soit renvoyé pour actualisation de l'appréciation médicale sur le plan physique. En revanche, au sujet des troubles psychiques, en s'appuyant sur le rapport du SMR, il soutient que la recourante ne présente aucun trouble invalidant et que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée est de 70 %.

Force est de constater que les griefs de la recourante relative à l'instruction lacunaire sur le plan des troubles physiques ont été admis par l'intimé qui a proposé que le dossier lui soit renvoyé pour actualisation de l'appréciation médicale sur cette question de sorte que ce point a déjà été réglé. Il reste à examiner si ce même grief existe au sujet de l'instruction relative aux troubles psychiques.

Dans son rapport du 23 mai 2006, après avoir procédé à une anamnèse familiale, professionnelle, somatique, psychosociale et psychiatrique, le Dr F_____ a rapporté les plaintes de l'assurée, à savoir une limitation des mouvements des membres supérieurs dans le contexte d'un blocage et des douleurs dans la région du cou ainsi que des épaules, puis, il a pratiqué un examen clinique. Il a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies sur lombarthrose et hernie discale L5-S1, une protrusion discale L3-L4 et L4-L5, des cervicalgies, une tendinobursite de l'épaule droite récidivante, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une dysthymie et des traits de personnalité abandonnique, dépendante et immature. Il a constaté la présence de traits de la personnalité avec souffrance psychique de type névrotique et certains symptômes de la lignée dépressive, à un degré changeant, correspondant à un diagnostic psychiatrique de dysthymie. Il a également mis en évidence une tendance au vécu surinvesti sur le plan relationnel. Il a expliqué que, chez l'assurée, il n'avait pas constaté la présence entre autre des trois symptômes de base de la dépression majeure en tant que l'humeur dépressive n'était pas non influencée par les circonstances et qu'elle n'était pas présente pratiquement toute la journée. Il a précisé que pour certaines activités comme par exemple les mots croisés, l'intérêt n'était pas du tout diminué et qu'il n'avait pas pu objectiver un trouble de la concentration alors que l'examen psychiatrique intense avait duré 1h30 et avait

touché émotionnellement l'assurée. Il a exposé que l'incapacité de travail dans les états dépressifs était avant tout causée par un ralentissement psychomoteur et de la pensée (degré important) ainsi que par des troubles de la concentration et de la mémoire (degré important) alors que chez l'assurée il n'avait pas constaté ces limitations fonctionnelles avec un degré incapacitant. Enfin, il a fait état d'un certain retrait social dû essentiellement à un manque de contacts avec des collègues de travail depuis qu'elle ne travaillait plus.

Il ressort du recours de l'assurée que, contrairement à ce que soutient l'intimé, elle est suivie pour ses troubles psychiques par des médecins psychiatres et psychothérapeutes, à savoir le Dr H_____, puis le Dr I_____ qui prodigue une thérapie de soutien associée à un traitement à base d'antidépresseurs. Par conséquent, force est d'admettre que le Dr F_____ a établi ses conclusions sur la base d'un dossier médical incomplet puisque ce dernier ne contient aucun rapport d'un quelconque psychiatre ce qui permet de douter de la valeur probante de son rapport médical.

9. Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). Le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

Etant donné que l'intimé s'est borné à constater que le rapport du Dr F_____ remplissait tous les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante sans, toutefois, sérieusement examiner si ledit rapport se basait sur un dossier complet, il a constaté les faits de façon sommaire. De plus, il a failli à son devoir d'instruction d'office de l'art. 43 al. 1 LPGA l'obligeant à prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et à recueillir les renseignements dont il a besoin (cf. ci-dessus consid. 6). Par conséquent, il y a également lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à un complément d'instruction sur le plan psychiatrique en requérant un rapport médical des Drs H_____ et I_____, puis qu'il rende une nouvelle décision concernant le droit à la rente d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2003. A l'issue des compléments d'instruction, il aura toute latitude de mettre en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire s'il l'estime nécessaire, notamment pour établir s'il y a eu une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis le 16 septembre 2002 comme il l'affirme alors que la recourante nie une telle amélioration.

10. Enfin, il y a lieu de relever que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé est erroné à plusieurs titres. En effet, 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 222 et 128 V 174). Or, en l'espèce, l'intimé a admis à juste titre que le droit à la rente débutait le 1^{er} mai 2002, mais a calculé le taux d'invalidité en comparant les revenus de 2003 au lieu de prendre en compte ceux de 2002.

De plus, contrairement à ce que soutient l'intimé, il y a lieu de procéder à un abattement sur le revenu d'invalidité conformément à la jurisprudence. En effet, 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

En l'espèce, ainsi que le Tribunal de céans l'a déjà jugé dans d'autres affaires (cf. notamment ATAS/69/2008), la diminution de rendement de 30 % admise par l'intimé ne tient pas compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu de l'activité lucrative puisqu'elle a trait uniquement au ralentissement du rythme de travail. En revanche, d'une part, la recourante ne peut exercer qu'une activité légère à temps partiel qui est moins bien rémunéré qu'un travail accompli à plein temps et avec port de charges, d'autre part, elle est âgée de 52 ans au moment du début du droit à la rente et de 57 ans à la date de la décision, de sorte qu'elle ne pourrait obtenir qu'un salaire moins élevé que le salaire statistique (ATFA non publiés du 10 mai 2002, I 481/01, consid. 4c et du 2 décembre 2002, I 500/02, consid. 1.4.1.). Par conséquent, dans sa nouvelle décision relative à la période dès le 1^{er} janvier 2003, il incombera à l'intimé de procéder à un abattement d'au moins 15 % pour tenir compte de l'exercice d'activités légères, du taux partiel d'occupation et de l'âge de la recourante.

Par ailleurs, contrairement aux propositions contenues dans le rapport du 24 octobre 2006 de sa Division de réadaptation, l'intimé a omis de communiquer à l'assurée, dans ses décisions du 15 mai 2007, que, sur demande motivée de sa part, il était disposé à lui faire bénéficier d'une aide au placement.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et les décisions du 15 mai 2007 seront annulées dans le sens des considérants. Le dossier sera renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de

l'800 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). L'émolument, fixé en l'espèce à l'000 fr. , est mis à la charge de l'OCAI, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule les décisions de l'OCAI du 15 mai 2007 au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de l'800 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de l'000 fr. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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