

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2917/2007

ATAS/657/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 28 mai 2009

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Genève, représentée par
l'Association suisse des assurés

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Christine LUZZATTO et Olivier LEVY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1947, originaire de Bosnie-Herzégovine, après avoir exercé la profession de comptable dans son pays, a travaillé comme femme de chambre chez X _____ en 1998, puis chez Y _____ jusqu'en mai 2003 pour un salaire de 3'200 fr. par mois.
2. L'assurée a été victime d'une chute en date du 19 avril 2002.
3. A la demande de l'assurance perte de gain, LA SUISSE ASSURANCES, le Dr L _____, spécialiste FMH en orthopédie et chirurgie, a procédé à une expertise. Dans son rapport du 23 septembre 2003, établi sur la base du dossier, d'un examen médical, de nouvelles radiographies des deux épaules, d'une arthro-IRM de l'épaule gauche et d'un entretien téléphonique avec le Dr M _____, le Dr L _____ a principalement répondu à des questions permettant de déterminer s'il y avait ou non lien de causalité entre l'affection de la patiente et l'accident.

Il ressort de l'anamnèse établie par l'expert que l'assurée a chuté en date du 14 avril 2002, ce qui a entraîné une luxation de son épaule gauche. A la suite de cela, elle s'est également plainte de cervicalgies.

4. L'expert a retenu les diagnostics suivants : status après luxation antéro-inférieure de l'épaule gauche chez une gauchère, status après réduction de cette luxation par manœuvre manuelle le jour de l'accident, status après suture d'une déchirure de la coiffe des rotateurs et réinsertion du bourrelet glénoïdien antérieur par arthroscopie et également à ciel ouvert et status après acromioplastie sous arthroscopie.
5. Au surplus, l'expert a relevé que le Dr N _____, spécialiste FMH en psychiatrie, avait été parfaitement clair et avait conclu dans un rapport du 11 juillet 2003 à un épisode dépressif sévère sans syndromes psychotiques entraînant une totale incapacité de travail à compter du 5 mars 2003 dans le contexte des suites de l'accident et de l'opération de l'épaule.

Le Dr L _____ a conclu à une incapacité de travail complète dans la profession précédemment exercée et a indiqué que même dans une activité adaptée, l'assurée n'avait pas encore recouvré de capacité de travail.

6. Le 17 septembre 2003, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI).
7. L'assurance perte de gain a adressé l'assurée au centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) pour une expertise médicale.

La Dresse O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rendu son rapport en date du 5 janvier 2004. L'expert a considéré que, selon les critères de la CIM-10, l'assurée ne présentait plus de symptômes suffisants pour poser le diagnostic d'épisode dépressif ou de dysthymie. Par ailleurs, l'assurée souffrait ni de troubles anxieux ni de psychose ni de troubles graves de la personnalité, de sorte que l'expert a considéré que, du point de vue psychique, elle avait conservé une capacité de travail entière.

8. Dans un rapport daté du 17 février 2004, le Dr P _____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants : épaule gauche gelée, capsulite rétractile invalidante suite à une luxation de l'épaule gauche et à une déchirure du tendon du sus-épineux, lésion de la coiffe des rotateurs, status post-intervention chirurgicale de la coiffe des rotateurs en octobre 2002, status post opération de l'épaule gelée en novembre 2003, état anxio-dépressif post-traumatique, status post-algodystrophie de l'épaule gauche. Le médecin a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire et a conclu à une incapacité totale de travail en raison d'un manque de concentration et de mémorisation lié aux douleurs chroniques et insomniantes, qui fatiguaient la patiente au point que celle-ci doive se reposer souvent durant la journée.
9. Le Dr N _____, dans un rapport du 30 avril 2004, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis 2003 et de problèmes somatiques depuis 2002. Il a conclu à une incapacité totale de travail du 5 mars 2003 au 31 décembre 2003 et à une incapacité de 50% à compter du 1er janvier 2004, sur le plan purement psychique. Le médecin a précisé que le problème principal de sa patiente était d'ordre orthopédique.

Le Dr N _____ a relevé que la Dresse O _____ avait conclu à une capacité entière sur le plan psychique dont il a reconnu qu'elle était cohérente avec son diagnostic mais a émis l'avis que cette évaluation était trop optimiste car les capacités d'adaptation de la patiente étaient diminuées par les douleurs et le handicap chronique de l'épaule gauche. Il a expliqué que c'est pour cette raison qu'il estimait l'incapacité de travail de la patiente à 50% sur le plan psychique, incapacité dont il a souligné qu'il fallait l'additionner à l'incapacité de travail, complète, sur le plan orthopédique.

10. Le Dr L _____ a rendu un second rapport en date du 21 mai 2004, à l'intention de la SUISSE ASSURANCES.

L'expert a confirmé les diagnostics retenus dans son précédent rapport et précisé que les suites de la luxation de l'épaule gauche chez cette patiente gauchère avaient été d'emblée difficiles : les médecins traitants avaient évoqué une algodystrophie mais en réalité, il s'était vraisemblablement agi d'une capsulite rétractile qui expliquait les douleurs ressenties après les différents traitements et la limitation importante de la mobilité ; l'intervention du Dr M _____ avait permis de

mettre en évidence une raideur objective de cette articulation de l'épaule lorsque la patiente était sous anesthésie et que les douleurs étaient supprimées ; l'opération avait permis de récupérer une partie de la mobilité mais la patiente restait quand même très gênée dans ses mouvements.

Le Dr L_____ a estimé que dans ces conditions, il était impossible de remettre la patiente au travail dans son activité de femme de chambre, laquelle nécessite l'utilisation des deux membres supérieurs d'une manière tout à fait fréquente et courante. Il a précisé que l'évolution des épaules douloureuses et enraidies peut souvent être très longue et durer plusieurs années, d'autant plus si les patients avancent en âge. Etant donné qu'un travail manuel avec les deux mains n'était pas possible, mais en tenant compte du fait que le membre supérieur droit fonctionnait et que l'assurée pouvait marcher sans problème, l'expert a émis l'avis qu'un travail de bureau serait théoriquement possible à condition de ne devoir ni porter de charges ni faire de gestes importants avec le membre supérieur gauche. Le médecin a cependant souligné que la patiente parlait mal le français et ne l'écrivait quasiment pas. Théoriquement, dans une activité adaptée, il a conclu à une capacité de travail de 50%. Il a cependant émis de forts doutes sur le fait qu'elle puisse effectivement retrouver un place de travail au vu des circonstances, de son âge, proche de celui de la retraite, et de ses difficultés à s'exprimer en français.

11. Un troisième rapport a été établi par le Dr L_____ en date du 26 novembre 2004.

Le médecin a constaté une très légère atrophie musculaire du membre supérieur gauche par rapport à son expertise de mai 2004. Concernant la mobilité du rachis cervical, il l'a jugée identique à celle de la dernière expertise. Quant à l'épaule gauche, il a été constaté qu'il n'y avait pratiquement pas de différence entre l'examen clinique de novembre 2004 et celui de mai 2004.

Le médecin a conclu qu'il n'y avait pratiquement plus d'évolution. Il a confirmé la capacité de travail nulle dans la profession de femme de chambre et indiqué que, médicalement, l'assurée pourrait exercer une petite activité légère à condition de ne pas soulever de charges lourdes et de ne pas élever le membre supérieur gauche à plus de 60 degrés. De petits travaux sur une table pas trop haute pourraient ainsi être exigés de sa part, mais avec un rendement ne dépassant pas 50%.

12. Le dossier a dès lors été soumis à la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI qui a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain (cf. rapport du 12 février 2007). L'OCAI a comparé le revenu qu'aurait obtenu l'assurée sans invalidité (42'350 fr. par an en 2001, soit 44'519 fr. 40 en 2004) à celui qu'elle aurait pu espérer réaliser la même année malgré l'atteinte à sa santé (ESS 2004 TA 1 niveau 4 = 46'716 fr. par année, soit 23'358 fr. par an en 2004 à 50%). Il a ainsi abouti à une perte économique de l'ordre de 47,5% ouvrant droit à un quart de

rente. L'OCAI a expliqué ne pas procéder à une réduction supplémentaire du salaire au motif que la baisse de rendement de 50% avait déjà été prise en compte dans le taux d'activité retenu.

13. Par décisions du 21 juin 2007, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er avril 2003 au 31 juillet 2004, remplacée par un quart de rente à compter du 1er août 2004.

L'OCAI a admis que la capacité de travail de l'assurée avait été fortement diminuée de façon continue depuis le 19 avril 2002, de sorte que le délai de carence d'une année avait pris fin le 19 avril 2003, date à laquelle un degré d'invalidité de 100% lui a été reconnu.

Se basant sur différentes expertises, l'OCAI a considéré que, sur le plan psychique, la capacité de travail de l'assurée était restée entière. Il a admis que, sur le plan orthopédique, au contraire, la capacité de l'intéressée à exercer son ancienne profession était désormais nulle mais a considéré que, même sur le plan orthopédique, l'assurée avait en revanche conservé une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (exercée à plein temps mais avec une diminution de rendement de 50%) et ce, à compter du 1er mai 2004.

Dès lors, l'OCAI a comparé le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé, soit 44'519 fr., à celui qu'elle aurait raisonnablement pu obtenir malgré l'atteinte à sa santé, selon les statistiques, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de la baisse de rendement annoncée par les médecins, soit 23'358 fr., aboutissant ainsi à un degré d'invalidité de 47,5% n'ouvrant plus droit qu'à un quart de rente.

Compte tenu du délai de trois mois imposé par l'art. 88 a al. 1 RAI à compter de l'amélioration de la capacité de travail, la diminution du droit n'a été effective qu'à compter du 1^{er} août 2004.

14. Par courrier du 27 juillet 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à son annulation et à l'octroi d'une demi-rente à compter du 1er août 2004.

La recourante invoque d'abord une violation du droit d'être entendue. Elle voit une telle violation dans le fait que "rien ne permet de comprendre, au vu des pièces versées à la procédure, ce qu'entend l'OCAI par une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles". La recourante soutient qu'il n'existe, sur le marché de l'emploi, aucune activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, compte tenu du fait qu'au surplus, elle est âgée de 60 ans. Elle considère dès lors que l'OCAI a violé son droit à voir sa décision motivée et, par voie de conséquence, son droit d'être entendue, d'autant qu'elle n'a pas été assistée d'un interprète serbo-croate lors de

son audition par le Service médical régional (SMR). En effet, le traducteur était albanophone, ce qui, allègue l'assurée, n'a pas manqué de soulever des difficultés, lorsqu'elle a dû s'exprimer sur certaines de ses douleurs. Elle voit une grave violation de son droit d'être entendue dans le fait qu'on lui ait commis comme interprète une personne dont la langue est profondément différente de celle qu'elle pratique et soutient que pour cette raison déjà, la décision querellée, indépendamment de ses chances de succès, doit être annulée.

Au surplus, la recourante s'insurge de ce que son degré d'invalidité ait été fixé à 47,5%, à savoir 2,5% seulement en dessous du seuil des 50% qui lui aurait ouvert le droit à une demi-rente. Ce faisant, elle estime que l'OCAI a violé le principe de la proportionnalité.

15. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 septembre 2007, a conclu au rejet du recours. Il relève que, sauf exception, l'absence de motivation ou le caractère lacunaire d'une décision n'entraîne pas sa nullité et qu'en l'occurrence, quoi qu'il en soit, la décision litigieuse, considérée dans son ensemble, expose de manière explicite la raison pour laquelle l'office a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% à compter de mai 2004 dans une activité adaptée. L'exigibilité ainsi retenue résulte, ainsi que le mentionne la décision querellée, des expertises médicales figurant au dossier, et notamment celle du Dr L_____, du 26 novembre 2004. Les limitations fonctionnelles y sont clairement énoncées. Au vu du large éventail d'activités que recouvrent les secteurs de la production et des services, l'OCAI estime que l'on doit convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont adaptées aux handicaps de l'assurée et lui sont accessibles sans autre formation. L'intimé en tire la conclusion qu'il n'y a pas eu de violation du droit à une décision motivée, le contenu de la décision litigieuse étant suffisant pour permettre à l'assurée d'en évaluer la portée et d'exercer son droit de recours à bon escient.

L'OCAI relève, par ailleurs, que la recourante n'a jamais été convoquée au SMR; les expertises figurant au dossier ont en effet été effectuées dans le cadre de l'assurance-accidents. A la lecture du dossier, il apparaît que l'assurée a été effectivement assistée d'un interprète dans le cadre de l'expertise psychiatrique réalisée par la Dresse O_____ en janvier 2004, mais l'intimé relève que l'assurée a par ailleurs été examinée à trois reprises par le Dr L_____, sans avoir eu besoin d'un interprète. L'intimé en tire la conviction que le droit d'être entendue de l'assurée pas non plus été violé de ce chef.

16. L'assurée ayant sollicité son audience, une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 11 avril 2008, à l'occasion de laquelle la recourante a indiqué être arrivée en Suisse il y a seize ans. Elle a répété que l'interprète qui l'avait assistée était de langue albanaise, ne comprenait que difficilement le serbo-croate et qu'elle-même avait eu des difficultés à le comprendre.

La recourante a ajouté être désormais suivie par le Dr M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a exprimé l'avis qu'une activité à 50% serait contre-indiquée.

Elle a encore expliqué avoir travaillé dans son pays comme comptable. A son arrivée en Suisse, compte tenu de la langue, elle n'a eu d'autre choix que d'accepter d'être femme de chambre, mais elle a toujours tenu à travailler et y a pris plaisir.

Dans le cadre des mesures cantonales, elle a exercé la profession de surveillante de musée durant un an (fin 2006 à fin 2007) à 50%. Cette activité lui plaisait et elle a réussi à l'assumer dans la mesure où elle était légère.

La recourante a indiqué que ses douleurs s'atténuent au fil du temps mais qu'elle doit malgré tout toujours faire appel à une aide-ménagère et à une aide soignante. A titre d'exemple, elle ne peut toujours pas se laver les cheveux seule, car elle ne peut lever les bras.

La recourante a affirmé qu'elle serait très heureuse de pouvoir retrouver un travail, et qu'elle s'estime capable d'exercer à 50% une activité légère.

Conformément à ce qui avait été convenu à l'audience, la recourante a produit en date du 17 juillet 2008 un rapport établi par le Dr Jacques M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique en date du 8 juillet 2008.

Le médecin retient les diagnostics suivants : luxation de l'épaule gauche chez une gauchère, capsulite rétractile, omarthrose et embolie pulmonaire. Ce dernier y indique que la situation n'a pas évolué favorablement, au contraire. Il rappelle que la patiente a chuté sur son lieu de travail en date du 19 avril 2002, qu'elle a subi à cette occasion une luxation de l'épaule gauche - étant précisé qu'elle est gauchère -, que la réduction a été faite à l'hôpital cantonal de manière brutale, qu'elle a par la suite été immobilisée longtemps et lui a finalement été adressée par son médecin traitant au vu de l'évolution défavorable de la mobilisation et de la persistance des douleurs.

Une arthro-IRM de l'épaule gauche montré une lésion du labrum et une déchirure de la coiffe des rotateurs. Devant ce résultat et la symptomatologie douloureuse, le Dr M_____ a procédé le 10 octobre 2002 à une fixation du labrum sous arthroscopie, à une accromyoplastie et à une suture à ciel ouvert de la coiffe des rotateurs. L'évolution a été marquée par une épaule gelée dans un contexte dépressif défavorable. La réduction de la mobilité et le douleur ont persisté.

Le Dr M_____ a alors procédé à une nouvelle intervention le 13 novembre 2003. Cette intervention a permis de gagner quelques degrés d'amplitude, toujours dans un contexte douloureux. La patiente a été mise sous antalgiques anti-inflammatoires et antidépresseurs.

Devant la persistance de cette symptomatologie douloureuse et de raideur de l'épaule, une nouvelle arthroscopie de débridement a été pratiquée le 11 septembre 2006.

Aujourd'hui la patiente continue de présenter des douleurs à l'abduction à 80%, à la flexion antérieure à 80% et à la rétropulsion passives. La mobilité active est moindre et évidemment douloureuse. Qui plus est, la patiente a eu récemment une embolie pulmonaire sévère d'origine inconnue.

Le médecin a ajouté que, malgré ces conditions difficiles, la patiente souhaiterait encore pouvoir travailler à 30% dans un poste adapté tel que celui qu'elle a occupé au musée. Il souligne que la volonté de sa patiente est méritoire et préconise de ne pas la pénaliser alors qu'elle fait de son mieux pour exploiter au maximum sa capacité de travail à l'âge de 61 ans.

Enfin, le Dr M_____ émet l'avis qu'au vu de la pathologie, des douleurs, de la raideur de l'épaule gauche, de l'arthrose, de la durée de la symptomatologie - qui ne va plus évoluer favorablement mais au contraire se péjorer avec le temps en raison de l'arthrose -, la demande de rente paraît justifiée.

17. Ce document a été soumis à l'intimé qui, par courrier du 11 août 2008, soutient que le rapport du Dr M_____ n'amène aucun élément médical nouveau susceptible de l'amener à modifier ses conclusions. L'intimé souligne que le Dr M_____ se borne pour l'essentiel à rappeler une situation médicale parfaitement connue et dont il a été tenu compte pour apprécier le degré d'invalidité de l'assurée. L'intimé fait remarquer que les limitations énoncées par le Dr M_____ - à savoir des douleurs à l'abduction à la flexion antérieure et à la rétropulsion - ont été également été prises en considération par le Dr L_____ puisque ce dernier soulignait que le membre supérieur gauche ne devait pas être élevé à plus de 60%. L'OCAI considère que l'on ne saurait suivre le Dr M_____ lorsqu'il limite la capacité de travail de sa patiente à 30%, sur la base de limitations identiques à celles retenues par l'expert, ce d'autant plus que cette évaluation est en contradiction avec les déclarations mêmes de l'assurée qui a admis être capable d'exercer une activité légère à mi-temps.
18. Cette écriture transmise à la recourante, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une demi-rente de l'assurance-invalidité, en lieu et place d'un quart de rente, à compter du 1^{er} août 2004.
5. Il y a lieu d'examiner en premier lieu le grief invoqué par la recourante, relatif à la prétendue violation de son droit d'être entendue.

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 127 V 132 consid. 2b). La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne constitution, et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst (ATF 127 I 56 consid.

2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 2a, 375 consid. 3b).

En particulier, l'administration doit motiver ses décisions, mais il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties; il peut au contraire se limiter à ceux qui peuvent être tenus pour pertinents. Il suffit, de ce point de vue, que les parties puissent se rendre compte de la portée de la décision prise à leur égard et, le cas échéant, recourir contre celle-ci en connaissance de cause (ATF 124 V 181 consid. 1a ; 124 II 149 consid. 2a et réf. citées).

Or, tel était bien le cas en l'occurrence. Il est vrai que l'intimé n'a pas longuement motivé sa décision, mais la recourante ne peut nier que cette motivation était suffisante pour qu'elle puisse se rendre compte de la portée de la décision de l'intimé et interjeter recours auprès du Tribunal de céans. A cet égard, le fait qu'elle puisse difficilement imaginer à quelle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles s'est référée l'intimé ne l'a pas mise en situation de ne pouvoir contester sa décision. Qui plus est, la recourante a ainsi eu l'occasion de s'exprimer devant le Tribunal de céans, autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. En conséquence, à supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu – ce qui est douteux -, ce vice doit être considéré comme réparé.

Quant au fait que l'assurée ait été assistée par un interprète dont elle conteste les compétences lors de son examen par la Dresse O _____, il ne saurait être imputé à l'intimé, puisque ce n'est pas cette dernière qui a mis l'expertise sur pied. Cet élément sera pris en compte par la suite, au moment d'examiner la valeur probante de l'expertise en question.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le grief de violation du droit d'être entendu doit donc être écarté, tout comme la conclusion selon laquelle la décision de l'intimé devrait être annulée de ce chef.

6. Reste à examiner le degré d'invalidité de l'assurée au-delà du 1^{er} août 2004.

a) 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). Il y a lieu de

préciser que 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).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 et les références).

c) 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 LPG), 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité 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. Les constatations du médecin de famille quant à

l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). 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.

e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. La recourante fait grief à l'administration d'avoir considéré qu'il existe sur le marché une activité adaptée à ses limitations qu'elle pourrait exercer à mi-temps.

Pour aboutir à cette conclusion, l'intimé s'est référé aux divers rapports médicaux recueillis lors de l'instruction, et plus particulièrement à ceux des Drs L_____ et O_____.

La recourante n'apporte aucun élément objectif permettant de mettre en doute la valeur probante des conclusions du Dr L_____, dont les rapports d'expertise se fondent sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques et tiennent compte des plaintes rapportées par la recourante. Ces rapports ont été établis en pleine connaissance du dossier et leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de leur reconnaître pleine valeur probante.

Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de

l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce. En effet, le Dr P_____ conclut certes à une incapacité totale de travail. Mais son rapport du 17 février 2004, est fort peu motivé et, qui plus est, antérieur à l'amélioration admise par l'intimé. Quant à l'évaluation du Dr M_____, qui conclut lui aussi à une totale incapacité de travail au terme d'un rapport complet et motivé, elle ne saurait non plus suffire à s'écarter des conclusions du Dr L_____ dans la mesure où elle ne constitue qu'une appréciation différente, reposant d'ailleurs sur les mêmes diagnostics et limitations que celles retenues par l'expert. Le Dr M_____ semble d'ailleurs motiver son appréciation par des éléments étrangers à l'assurance-invalidité, au nombre desquels l'âge de la patiente, notamment. Enfin, il convient de relever que les conclusions du Dr L_____ sont corroborées par le fait que l'assurée a effectivement pu exercer durant une année une activité légère dans le cadre des mesures de l'assurance-chômage et a admis en audience se sentir capable de travailler à 50%.

On retiendra donc que, sur le plan somatique, la recourante a recouvré une capacité de travail résiduelle de 50% dès le 1^{er} mai 2006.

Sur le plan psychique en revanche, il est vrai que le fait que l'assurée ait été assistée par un interprète dont elle affirme qu'il était défaillant, lors de son examen par la Dresse O_____, peut porter à conséquence quant à la valeur probante à accorder au rapport du CMD. S'agissant d'une expertise psychique, reposant principalement sur un examen verbal, il apparaît en effet indispensable d'être sûr que l'assurée ait pu exprimer ses sentiments de manière satisfaisante. Au vu des circonstances et du doute qui subsiste sur ce point, le rapport de la Dresse O_____ ne saurait donc se voir accorder une valeur probante suffisante.

Il convient dès lors de se référer à l'avis du Dr N_____. Or, ce dernier, bien que concluant à un épisode dépressif sévère, a également conclu à une capacité de travail de 50% à compter du 1^{er} janvier 2004, expliquant que c'était la diminution des capacités d'adaptation de sa patiente, suite aux douleurs et à son handicap chronique de l'épaule gauche, qui l'amenait à cette conclusion.

Eu égard à ces considérations, au fait que les degrés d'incapacités psychique et physique ne sauraient purement s'additionner et que les faits ont démontré que l'assurée avait pu travailler à 50% durant une année dans une activité adaptée à ses limitations, il convient de confirmer le taux de capacité de travail de 50% retenu par l'intimé.

8. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé.

a) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} 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 égal ou 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 4^{ème} 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; 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 avait été 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.

b) Le revenu avant invalidité, fixé à 44'519 fr. 40 en 2004 sur la base des renseignements obtenus auprès du dernier employeur de la recourante, n'est pas contesté, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter.

Quant au revenu après invalidité, il a été évalué par l'intimé à 23'358 fr. sur la base des statistiques. Il convient de relever que l'intimé a cependant omis d'ajuster ce revenu à l'horaire hebdomadaire moyen en vigueur dans les entreprises cette année-là. Le revenu après invalidité doit en réalité être porté à 24'292 fr. (ESS 2004, TA1, activités simples et répétitives : 3'893.- pour 40 h./sem. = 4'049.- pour 41.6 h./sem. = 48'585.- en 2004 = 24'292.- à 50%).

Il y a encore lieu d'appliquer une réduction supplémentaire de 10% au moins. En effet, si les limitations fonctionnelles de l'assurée ont certes déjà été prises en compte dans le calcul de son taux d'occupation, ainsi que le fait remarquer l'intimé, il se justifie encore de tenir compte de l'âge de l'assurée (57 ans en 2004), du fait qu'elle ne pourra plus désormais travailler qu'à temps partiel et du fait que ses limitations portent sur son membre supérieur prédominant. On obtient en définitive un revenu d'invalidité de 21'863 fr., qui, comparé à celui que l'assurée aurait obtenu sans atteinte à sa santé, conduit à un degré d'invalidité de 50.89%, suffisant pour ouvrir droit à une demi-rente d'invalidité.

9. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et le droit à une demi-rente d'invalidité reconnu à la recourante à compter du 1^{er} août 2004.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Reconnaît à Madame C _____ le droit à une demi-rente – en lieu et place d'un quart de rente – à compter du 1^{er} août 2004.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'* 2'000 fr. à titre de dépens. ***rectification d'une erreur matérielle le 10.06.2009/SKA/RHD**
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Florence SCHMUTZ

Karine STECK

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