REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1849/2007 **ATAS/1324/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 26 novembre 2007

En la cause

Madame O_____, représentée par FORUM SANTE Madame Christine BULLIARD	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame O_____ (ci-après : l'assurée), née en septembre 1950, mariée, mère de huit enfants, originaire du Portugal est titulaire d'une autorisation d'établissement C.

2. Dès le 1er novembre 1997, l'assurée a travaillé comme nettoyeuse trois heures par jour, cinq jours par semaine, pour X_____ pour un salaire annuel de 20'646 fr. dès 2003.

3. Dès le 1er juillet 1999, l'assurée a été engagée comme nettoyeuse par Y_____ à raison de trois heures et demie par jour, six jours par semaine, sur le site de l'aéroport de Genève.

4. Dès le 21 avril 2001, elle a travaillé de 17h00 à 21h00 du lundi au vendredi comme nettoyeuse pour Monsieur A_____, pour un salaire horaire de 19 fr. 50, dès juin 2001. Elle était assurée contre le risque accident auprès de la SUVA.

5. Le 6 juin 2001, dans le cadre de son emploi à l'aéroport, elle a trébuché et est tombée sur les deux genoux. L'assurée a ressenti des douleurs aux genoux mais a continué de travailler. Le cas a été annoncé à la SUVA.

6. Le 29 août 2001, l'assurée a consulté à la policlinique de médecine des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) en raison de lombalgies subaiguës non traumatiques.

7. Le 28 septembre 2001, l'assurée a chuté sur le sol alors qu'elle était en train de monter dans une voiture et heurté son genou gauche. Elle n'a pas consulté de médecin.

8. Le 26 octobre 2001, l'assurée a glissé sur les rails du tram et chuté avec réception sur le genou gauche, ce qui a entraîné une vive douleur. Elle a consulté le lendemain à la policlinique de médecine des HUG. En novembre 2001, la patiente a signalé une recrudescence des gonalgies gauches. Le cas a été annoncé à la SUVA.

9. Le 21 janvier 2002, l'assurée a trébuché alors qu'elle tenait un petit enfant dans les bras et est tombée sur son genou gauche. Elle a bénéficié d'un traitement de physiothérapie.

10. Le 12 mars 2002, elle a chuté suite à un lâchage de son membre inférieur gauche ayant entraîné une entorse de la cheville.

11. Le 18 mars 2002, l'assurée a été entendue à la SUVA. A la suite de l'accident du 6 juin 2001, elle a déclaré avoir ressenti des douleurs lorsqu'elle se baissait et le genou gauche avait commencé à lâcher, avec de la peine à monter et descendre les escaliers. Elle avait été en arrêt de travail à la suite de la chute sur les rails du tram en octobre 2001. Dès qu'elle restait debout plus d'une demi-heure, elle avait très mal dans le genou gauche et n'arrivait plus à passer l'aspirateur. Elle se faisait aider par sa fille pour le nettoyage le soir. Elle avait mal dans le genou gauche et dans le bas du dos.

12. Le 3 avril 2002, le Dr B_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport médical à la suite de l'examen de l'assurée. Celle-ci se plaignait de douleurs pratiquement continuelles de tout le genou gauche, avec une tendance à enfler la journée, des lombalgies basses accrues dès octobre 2001. Le travail de concierge n'avait pas été repris car plus difficile. Il proposait une évaluation à la clinique romande de réadaptation à Sion.

13. Le 19 juillet 2002, le Dr C_____, chef de clinique adjoint à la policlinique des services de chirurgie des HUG, a attesté avoir examiné l'assurée le 17 juillet 2002 et requis un bilan radiologique.

14. Le 23 août 2002, Y_____a déclaré à la SUVA l'accident du 6 juin 2001.

15. Le 21 octobre 2002, le Dr C_____ a attesté avoir vu l'assurée à sa consultation le 18 octobre 2002 ; elle présentait les signes d'une entorse grade I ancienne du ligament croisé postérieur de son genou gauche avec une discrète surcharge fémoro-tibiale interne des deux genoux, associée à un syndrome fémoro-rotulier bilatéral.

16. Le 19 septembre 2002, les Dresses D_____ et E_____ du département de médecine communautaire des HUG ont rendu un rapport médical intermédiaire en relevant l'apparition de récidive de gonalgies à gauche avec tuméfaction locale et impotence fonctionnelle partielle.

17. Le 8 octobre 2002, la Dresse F_____, angiologue, a attesté d'un important status variqueux tronculaire dans les quatre territoires saphéniens, plus important à gauche, associé à des lourdeurs de jambes.

18. Du 7 novembre au 12 décembre 2002, le département de médecine communautaire a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée.

19. Le 18 novembre 2002, le Dr G_____, FMH chirurgie orthopédique, médecin-conseil de la SUVA, a estimé que l'assurée avait subi une contusion du genou gauche à trois reprises, soit le 6 juin 2001, en septembre et octobre 2001 avec des douleurs aussi au genou droit. Une rechute avait été annoncée le 23 août 2002. La patiente déclarait que les douleurs au genou et à la jambe gauche avaient augmenté pendant l'été 2002, avec des douleurs lombaires. La seule lésion identifiée à la

radiographie était une ancienne déchirure du ligament croisé postérieur, compatible avec une clinique de laxité postérieure modérée. Il n'y avait pas de causalité entre les symptômes actuels et les accidents de 2001.

20. Par décision du 22 novembre 2002, la SUVA a estimé que les symptômes actuels n'étant pas en relation de causalité avec les accidents de juin, septembre et octobre 2004, elle n'allouerait pas de prestations d'assurance.

21. Le 3 décembre 2002, le Dr H_____, chef de clinique à la division de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué des gonalgies gauches avec syndrome fémoro-patellaire bilatéral prédominant à gauche. Une IRM dorsolombaire et une ENMG étaient normales. La patiente se plaignait de gonalgies gauches diffuses irradiant dans le tibia et dans la cuisse de manière circonférentielle présentes à l'effort, à la marche prolongée, en position assise prolongée avec une difficulté de remise en route et parfois la nuit, une difficulté à monter/descendre les escaliers et une sensation à l'effort de blocage/lâchage vers l'avant et d'occasionnelles lombalgies en barre basses. Le bilan radiologique confirmait la présence d'une réaction ostéophytaire du bord médial du tibia gauche, compatible avec une arthrose débutante. Elle présentait une diminution du seuil de la douleur mais sans les critères pour une fibromyalgie. Il était proposé un traitement de physiothérapie avec un antalgique simple.

22. Une IRM du 5 décembre 2001 du genou gauche conclut à des données compatibles avec une déchirure partielle ou une déchirure ancienne du ligament croisé postérieur, sans atteinte associée du ligament croisé antérieur ni des ligaments collatéraux. Suspicion de bursite pré-rotulienne. Epanchement intra-articulaire modéré. Dégénérescence mucoïde intra-méniscale interne, sans déchirure méniscale associée.

23. Le 11 décembre 2002, la Dresse F_____ a constaté une amélioration de lourdeurs de jambes, mais une persistance des douleurs du genou gauche et des douleurs de la hanche droite au démarrage.

24. Le 12 décembre 2002, la Dresse I_____, de la policlinique de médecine des HUG, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 1er décembre 2002 au 16 janvier 2003.

25. Le 18 décembre 2002, l'assurée a fait opposition à la décision de la SUVA du 22 novembre 2002.

26. Le 17 janvier 2003, le Dr J_____, a rempli un rapport médical pour la Zürich. L'assurée était suivie depuis le 21 juin 2002 pour une gonalgie gauche sur syndrome fémoro-rotulien et fémoro-patellaire (arthrose débutante), sans accident. Il n'y avait pas de relation entre cette pathologie et l'accident subi en juin 2001

ayant entraîné une lésion au genou gauche. L'incapacité de travail était totale du 21 juin 2002 au 3 février 2003.

27. Le 13 février 2003, le Dr J_____ a rempli un rapport pour la Zürich notant qu'il persistait une douleur du genou gauche (en charge et montées-descentes d'escaliers) et une limitation de la flexion du genou empêchant toute activité physique et donc une reprise de travail encore pour plusieurs semaines. Un travail manuel en position assise était possible.

28. Le 14 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.

29. Y_____ a rempli le questionnaire AI pour l'employeur le 14 mai 2003 en indiquant que l'assurée avait effectivement travaillé jusqu'au 19 août 2002 et était en assurance accident/maladie depuis. L'horaire normal de travail de l'entreprise était de 44 heures par semaine et l'assurée avait reçu un salaire de 19'860 fr. en 2000, 20'473 fr. 85 en 2001 et 19'070 fr. 05 en 2002.

30. Par décision du 23 mai 2003, la section assurance-chômage de l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assurée inapte au placement dès le 29 janvier 2003.

31. Par décision du 28 mai 2003, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en se fondant sur l'avis du Dr G_____.

32. Le 24 juin 2003, le Dr J_____ a rendu un rapport médical pour l'assurance-invalidité. Il diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, une entorse du ligament croisé postérieur du genou gauche de grade I, probable depuis juin 2001. Syndrome fémoro-patellaire bilatéral prédominant à gauche, probable depuis 2000. Lombalgie chronique sur discopathie L5-S1, depuis au moins 1990. Conflit sous-acromial et rupture partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux gauches, diagnostiqué le 24 avril 2003. Obésité morbide (BMI 35kg/m2) depuis 1980 au moins. L'incapacité de travail était totale depuis le 21 juin 2002. L'assurée avait besoin depuis juin 2003 d'une aide pour le repassage. Une consultation orthopédique pour la pathologie de l'épaule gauche et psychiatrique pour l'évaluation d'un probable trouble somatoforme douloureux était nécessaire.

    La patiente avait été régulièrement suivie à la policlinique de médecine depuis le 29 août 2001 par les Dresses K_____, puis E_____, puis I_____. La patiente mentionnait des coxalgies et des gonalgies droites à type de tirement avec une sensation de tuméfaction du pli inguinal droit depuis le début du mois de mai 2003, progressives, essentiellement déclenchées par des mouvements de la hanche et du genou, associées à un lâchage du genou droit essentiellement à la marche dans les escaliers. Précédant ces algies et persistant avec elles, la patiente mentionnait des douleurs de la plante du pied droit à type de contracture douloureuse, uniquement à la mise en charge du membre inférieur droit, ne cédant pas à un traitement physiothérapeutique local. Enfin, au début du mois de février

2003, la patiente décrivait une omalgie droite inaugurale, progressive, constante, avec une irradiation dans le bras droit au niveau de sa face externe, douleur augmentée par l'élévation et abduction du bras droit. Le rapport se fondait sur plusieurs radiographies, Arthro-CT, échographies et IRM entre août 2001 et juin 2003. La patiente avait pris du Célébrex, du Ponstan, effectué de la physiothérapie en janvier-février et août-septembre 2002, bénéficié d'une infiltration de Diprophos dans la bourse sous acromio-deltoïdienne le 22 avril 2003, sans effet. *« Le pronostic des gonalgies bilatérales à prédominance gauche est défavorable malgré deux essais de physiothérapie et un traitement symptomatique par AINS. Un espoir persiste avec une perte pondérale que la patiente accepte d'obtenir. Le pronostic de la tendinopathie et de la bursite de l'épaule droite est mauvais également et il paraît peu probable qu'une attitude chirurgicale puisse être proposée (une consultation orthopédique est toutefois prévue pour le mois de juillet 2003). Une tentative de traitement physiothérapeutique est en cours. Il est à noter que la chronicisation des douleurs, dont certaines (coxalgies et gonalgies droites) n'ont pas de substrat anatomique claire, doit faire évoquer la possibilité d'un trouble somatoforme douloureux. C'est pour cette raison qu'il paraît primordial d'effectuer une évaluation psychiatrique ».*

L'activité de nettoyeuse est impossible en raison d'une tendinopathie du sus-épineux droit, d'une bursite acromio-claviculaire droite et d'une gonalgie gauche sur troubles dégénératifs discrets. Un trouble somatoforme douloureux est évoqué parallèlement et peut lui entraîner une incapacité de travail totale. On pourrait exiger de l'assurée une perte pondérale. Elle pourrait exercer une autre activité comme de la manutention légère à raison de quatre heures par jour en évitant les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche et les déplacements dans les escaliers, dès le 1er août 2003 ; il fallait éviter un environnement au froid.

33. Dans le questionnaire pour l'employeur de l'AI du 5 septembre 2003, X_____ a mentionné qu'elle n'avait pas connaissance d'une incapacité de travail de l'assurée qui effectuait régulièrement son travail, soit trois heures de nettoyage par jour, cinq jours par semaine, depuis le 1er novembre 1999. Selon la fiche de salaire de janvier 2003 de X_____ , l'assurée bénéficie d'un revenu mensuel brut de 1'638 fr. Pour l'année 2002, elle avait reçu un montant de 20'841 fr. brut.

34. Dans le questionnaire pour l'employeur de l'AI du 10 octobre 2003, Z_____, pour l'entreprise Manuel A_____, a attesté que l'assurée avait été en incapacité de travail 78,7 heures en 2001 et 34,3 heures en 2002. Le contrat avait débuté le 2 avril 2001 et pris fin le 31 mars 2002. Elle percevait un salaire horaire de 19 fr. 50 depuis juin 2001, encore valable en 2003, soit un salaire mensuel brut en 2001 variant entre 1'018 fr. 80 et 2'049 fr. 05.

35. Le 17 avril 2005, le Dr L_____, rhumatologue, a rendu, à la demande de l'OCAI, une expertise.

Il relève que la patiente se plaint d'une épaule douloureuse droite, d'une lombalgie chronique et d'une gonalgie bilatérale plus importante à gauche.

Il note que *« le problème du genou semble être un problème qui n'entre que très peu en ligne de compte aujourd'hui, nous avons déjà traité le sujet sous le point 1.2. Les lombalgies semblent ne pas être au premier plan aujourd'hui, il semble qu'elles se soient améliorées sous traitement médicamenteux et physiothérapie. Elle affirme que son problème lombaire ne saurait constituer une raison de consultation médicale, encore moins d'incapacité de travail ».*

Il diagnostique, avec répercussion sur la capacité de travail, *« un conflit sous-acromial et rupture partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux droit, diagnostiqué le 24.04.03. Ce conflit sous-acromial avec rupture partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux engendre une impotence fonctionnelle douloureuse qui lui occasionne quelques difficultés pour nettoyer son appartement, se laver les cheveux, se nettoyer aux toilettes, etc…). L'impossibilité de travailler en dessus de l'horizontale et de couvrir un champ limité ne lui permet pas de rester performante dans sa profession de nettoyeuse ».*

Il estime que les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail :

« - Syndrome douloureux chronique touchant la région lombaire et la ceinture pelvienne pour laquelle une discopathie L5-S1, depuis au moins 1990.

- *Syndrome fémoro-patellaire bilatéral prédominant à gauche, probable depuis 2000 paucisymptomatique.*
- *Entorse du ligament croisé postérieur du genou gauche de grade I, probable depuis juin 2001 asymptomatique.*
- *Obésité morbide (BMI 35kg/m2) depuis 1980 au moins.*
- *Hyperparathyroïdie primaire depuis octobre 2001.*
- *Insuffisance veineuse chronique*

La lombosciatalgie semble être beaucoup plus tolérable qu'il y a quelques mois. L'examen clinique ne révèle pas de signe de compression radiculaire en cours. La mobilité rachidienne apparaît normale, il ne subsiste que quelques douleurs séquellaires qui ne peuvent occasionner une invalidité. L'extension douloureuse aux ceintures scapulaire et pelvienne constitue un syndrome douloureux chronique dont « l'appellation » n'a qu'une importance relative parce qu'il est labile, occasionnel et ne peut justifier une invalidité permanente.

La pathologie du compartiment antérieur du genou gauche a retenu l'attention de la SUVA pendant plus de deux ans mais est actuellement calme.

Ces deux pathologies, qui ne comportent aucune potentialité de gravité, qui ne sont pas évolutives et qui n'ont, si ce n'est aucune, au pire une ébauche de lésion anatomique, ne sauraient en aucun cas justifier une invalidité permanente. Selon l'aveu de l'assurée, elles ne constitueraient pas de motif de consultation aujourd'hui.

L'obésité est un handicap, pas une invalidité.

Il en va de même des deux diagnostics suivants, l'hyperparathyroïdisme primaire et l'insuffisance veineuse chronique. »

De tout ce qui précède, compte tenu de l'irrégularité des symptômes qui ne sont pas présents en permanence 24 heures sur 24, 365 jours par année, on ne peut admettre une invalidité permanente totale. En effet, une capacité résiduelle existe et s'évalue à 50 % ».

Un état anxio-dépressif justifiait encore un traitement mais n'induisait pas d'incapacité de travail.

L'activité antérieure était exigible quatre heures par jour *« en limitant le poids des charges à transporter, en évitant les escaliers, en respectant les gestes et postures du membre supérieur droit qui ne doit pas s'élever au-dessus de l'horizontale, l'assurée peut exercer son activité plus lentement ».*

36. Le 29 juin 2005, à la demande de l'OCAI, le Dr L_____ a précisé que si l'AI trouvait une activité de petite manutention ne nécessitant pas d'apprentissage avec possibilité d'interrompre toutes positions incommodes ou immobiles prolongées, l'assurée pourrait travailler à 100 %.

37. Le 10 août 2005, le Dr M_____ du SMR a considéré que l'assurée était en incapacité totale de travail du 21 juin 2002 à juillet 2003 et dès août 2003 une capacité de travail de 100 % dans une activité de petite manutention devait être retenue, avec un rendement diminué de 30 %.

38. Le 7 février 2006, la réadaptation professionnelle a relevé que l'assurée avait gardé son activité, avec l'aide d'un tiers, auprès de X_____. Sans atteinte à la santé, l'assurée exerçait trois activités dans le nettoyage, soit un salaire moyen 2001 de 1'706. fr. 15 chez Y_____, un salaire moyen de 1'478 fr. 75 chez Monsieur A_____ et un salaire annuel 2003 de 20'646 fr. pour X_____.

39. Par décision du 7 février 2006, l'OCAI a pris en charge un stage d'orientation professionnelle du 13 février au 30 mars 2006 dans le cadre de la Fondation PRO.

40. La Permanence médico-chirurgicale Vermont-Grand-Pré a attesté le 16 mars 2006 d'une incapacité de travail totale de l'assurée du 16 au 19 mars 2006.

41. Par décision du 21 mars 2006, l'OCAI a prolongé le stage du 11 mars au 7 mai 2006 sur la base d'un bilan favorable de la réadaptation professionnelle du 21 mars 2006.

42. Le 23 mars 2006, le Dr N_____ du département de médecine communautaire des HUG a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée du 23 au 24 mars 2006.

43. Selon le rapport d'évaluation de la Fondation PRO du 18 mai 2006, l'assurée a exercé les matins de 8h00 à 12h00 des activités légères physiquement et peu techniques. La qualité du travail était très satisfaisante.

    Ses aptitudes manuelles étaient moyennes, sa capacité de compréhension limitée, son niveau de concentration peu optimal. Elle s'était peu plainte durant la première semaine de stage, mais ensuite son bras droit était devenu douloureux, puis la nuque, la tête et sa jambe gauche.

    Il était raisonnable de prendre en considération un rendement moyen de 50 %.

44. Le rapport final de réadaptation professionnelle du 26 mai 2006 a proposé de conclure à une exigibilité de 70 % fixée par le SMR et un degré d'invalidité de 43 % fondé sur un revenu sans invalidité de 60'428 fr. comprenant les trois activités de nettoyage en 2003 et un revenu avec invalidité de 40'473 fr. 80 basé sur les ESS 2002, niveau 4, adapté à 2003 et à 41,7 heures de travail par semaine, auquel un abattement de 15 % est opéré.

    Des mesures professionnelles ou de placement n'étaient pas justifiées car l'assurée se trouvait plutôt dans une dynamique d'occupation.

45. Par projet de décision du 15 juin 2006, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 21 juin 2003 au 31 octobre 2003 puis, dès le 1er novembre 2003, un quart de rente.

46. Une ENMG du 29 septembre 2006 a conclu à l'absence de *« signe d'atteinte radiculaire dans les muscles du membre supérieur droit explorés, appartenant aux racines C5-D1. Une atteinte radiculaire purement sensitive ne peut pas être exclue par notre examen.*

    Remarque : les troubles sensitifs semblant dépasser le membre supérieur droit et la vivacité relative des réflexes ostéo-tendineux de ce côté évoquent une atteinte neurologique centrale, ce qui justifierait de faire une imagerie médullaire cervicale et de compléter le bilan par les potentiels évoqués sensitifs (PES) ».

47. Le 5 octobre 2006, une arthrographie et arthro-CT de l'épaule droite a conclu à des données illustrant *« une déchirure transfixiante de l'insertion antérieure du tendon du sus-épineux ainsi qu'une déchirure partielle de la face profonde du tendon du*

sous-épineux et de l'insertion du sous-scapulaire. Ebauche d'omarthrose. Arthrose acromio-claviculaire ».

48. Le 31 octobre 2006, le Dr P_____ a attesté d'une suspicion d'une atteinte sensitivomotrice de C7 droite et d'un conflit sous-acromial avec lésion du sus-épineux de l'épaule droite, justifiant la réévaluation de la décision de l'AI. Il se fondait sur l'arthro-CT et une ENMG du membre supérieur droit du 29 septembre 2006.

49. Le 13 novembre 2006, le Dr M_____ a estimé que la suspicion d'une atteinte sensitive motrice C7 droite était infirmée par l'ENMG et qu'il n'y avait pas d'éléments d'aggravation.

50. Par décision du 19 avril 2007, l'OCAI a confirmé son projet de décision.

51. Le 10 mai 2007, l'assurée, représentée par Forum Santé, a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 19 avril 2007 en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

    Le Dr L_____ avait retenu les mêmes diagnostics que ceux posés par le Dr J_____ le 24 juin 2003, mais n'avait pas expliqué pourquoi il excluait l'impact des lombosciatalgies sur la capacité de travail et en quoi les troubles s'étaient améliorés et les pathologies estompées, ni à quelle date. Les diagnostics étant les mêmes dans les rapports des Drs L_____ et J_____, l'état de santé ne s'était pas amélioré pour que l'on puisse admettre une capacité de travail à 100 %.

    Le Dr M_____ avait arbitrairement estimé une diminution du rendement à 30 % et une capacité de travail retrouvée en août 2003. Les conclusions du stage rejoignaient celles du Dr J_____ quant à la capacité de travail, soit 50 %. Sans tenir compte des conclusions de l'évaluation du stage, l'OCAI avait retenu une capacité de travail de 70 %. Les douleurs intenses avec gonflement de son bras droit constituaient une limitation incompatible avec les exigences du marché du travail. Les derniers rapports médicaux fournis montrent un diagnostic plus complexe de l'épaule. Une amélioration de l'état de santé n'était en conséquence pas prouvée.

    Le revenu avec invalidité fixé était trop important et la déduction de 15 % insuffisante compte tenu de son âge (56 ans), de son inactivité depuis six ans et de son incapacité à lire, écrire et comprendre le français.

52. Le 30 août 2007, l'OCAI a répondu que le revenu d'invalide avait été fixé de manière erronée car il s'élevait pour 2003 à 47'798 fr. annuels soit, compte tenu d'un taux d'activité de 70 % et d'un abattement de 15 %, à 28'439 fr., ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 53 %.

53. Le 20 septembre 2007, la recourante a répliqué qu'elle maintenait sa conclusion visant l'octroi d'une rente entière d'invalidité, à tout le moins sur la base d'une capacité de travail de 50 %, avec une déduction de 25 %.

54. Le 19 octobre 2007, l'OCAI a maintenu ses conclusions.

55. Sur quoi, la cause a été 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En l'espèce, la recourante conteste la réduction de sa rente entière d'invalidité à un quart de rente dès le 1er novembre 2003, de sorte que la LPGA s'applique au cas d'espèce.

3. a) Le 1er juillet 2006, sont entrées en vigueur les nouvelles dispositions relatives aux mesures de simplification de la procédure dans l'assurance-invalidité, adoptées le 16 décembre 2005. Celles-ci ont eu, notamment, pour effet de remplacer la procédure de l'opposition par la procédure de préavis (art. 57a alinéa 1 LAI), en rétablissant ainsi la situation antérieure à l'introduction de la LPGA (cf. message du Conseil fédéral du 4 mai 2005, FF 2005, p. 2899 et ss). L'art. 69 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur, prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 15 juin 2006, qui a été confirmé par la décision du 19 avril 2007, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 10 mai 2007.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé de la réduction de la rente entière de la recourante à un quart de rente dès le 1er novembre 2003.

5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

6. a) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait $66^{2/3}$ %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées.

Selon la lettre f des dispositions finales de la modification du 21 mars 2003, les rentes entières en cours perçues au titre d'un taux d'invalidité égal ou supérieur à $66^{2/3}$ % continuent d'être versées, après l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions légales, à tous les rentiers qui, à ce moment là, ont atteint l'âge de 50 ans. Toutes les autres rentes entières perçues au titre d'une invalidité inférieure à 70 % font l'objet d'une révision dans le délai d'un an dès l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions.

En l'espèce, le droit à la rente d'invalidité de la recourante doit être examiné en application de l'art 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003.

b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de

gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

L'existence d'une incapacité de gain durable (art. 29 al. 1 let. a LAI) doit être admise lorsque l'atteinte à la santé est largement stabilisée et essentiellement irréversible et qu'elle affectera, selon toute vraisemblance, durablement la capacité de gain de l'assuré dans une mesure suffisamment grave pour justifier l'octroi d'une rente (art. 29 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Une atteinte originellement labile peut être considérée comme relativement stabilisée seulement lorsque son caractère a clairement évolué de manière que l'on puisse prévoir que pratiquement aucun changement notable n'interviendra dans un avenir prévisible (ATF 119 V 102 consid. 4a et les références ; VSI 1999 p. 81 consid. 1a).

c) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

7. 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 (ESS) 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, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

8. a) 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. 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).

En outre, les organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail (voir, à propos du rôle des COPAI pour l'évaluation de l'invalidité : L'instruction des possibilités de gain des personnes prétendant une rente, compte-rendu d'une séance du 10 novembre 1989 consacrée aux problèmes de l'expertise médicale et professionnelle, in : RCC 1990 p. 59 ss ; Karl Abegg, Coup d'œil sur l'activité des

centres d'observation professionnelle de l'AI [COPAI], in : RCC 1985 p. 246 ss). Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. (ATFA du 11 avril 2005 - I 277/04).

b) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

d) 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. Etant 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).

e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. En l'espèce, le Dr L_____, sur mandat de l'administration, a rendu une expertise médicale aux termes de laquelle il conclut à une capacité de travail de 50 %, soit quatre heures par jour, dans l'activité habituellement exercée, celle-ci devant être effectuée plus lentement, avec charge diminuée en temps et en intensité et en évitant les escaliers et l'élévation du membre supérieur droit au dessus de l'horizontale. Il existait une diminution du rendement qui était intégrée dans l'évolution de l'invalidité (de 50 %). S'agissant d'une autre activité adaptée, il a exclu toute activité purement manuelle en raison de l'absence de condition physique conservée et a réservé une activité à 100 % de petite manutention, moyennant la possibilité d'interrompre toutes positions incommodes et/ou immobiles prolongées, si l'assurance-invalidité était en mesure de trouver une telle activité.

Cette expertise remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante.

Le stage de la Fondation PRO a permis ensuite de préciser, en pratique, la capacité résiduelle de la recourante dans une activité de manutentions légères physiquement et peu techniques. Cette observation a permis de confirmer l'appréciation du Dr L_____, soit la présence de douleurs variables et imprévisibles (irrégularité des symptômes et survenance de douleurs violentes au membre supérieur droit selon le Dr L_____) entraînant un rendement moyen de 50 %.

Ainsi, même si l'on retient une activité possible à 100 % de manutention légère, il ressort des observations du Dr L_____ (nécessité d'interruptions de toutes positions incommodes et/ou immobiles prolongées et irrégularité des symptômes) et des constatations de la Fondation PRO, que le rendement n'est pas plus élevé que 50 %.

Il n'y a ainsi pas lieu de s'écarter de cette appréciation, les organes d'observations professionnelles ayant dans le cas d'espèce complété les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure la recourante est à même de mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle et permis de confirmer l'appréciation de l'expert, conformément à la jurisprudence précitée sur le rôle des organes d'observations professionnelles (consid. 8a)).

Pour le surplus, l'appréciation du Dr M_____ du SMR n'est pas convaincante. En effet, la diminution de rendement a été estimée par ce médecin à 30 %, sans aucune motivation. En outre, ce dernier a évalué la capacité de travail de 70 % au 1er août 2003, soit trois mois après la survenance de la problématique à l'épaule droite de la recourante, sans expliquer pourquoi, à cette date-là, l'état de santé de la recourante se serait amélioré du point de vue des affections lombaires et du genou, amélioration évoquée par le Dr L_____ mais sans précision de la date de sa survenance.

Quoiqu'il en soit, la question de la preuve médicale de l'amélioration de l'état de santé de la recourante au-delà d'août 2003 peut en l'occurrence rester ouverte dès lors que, si l'on se fonde sur les conclusions du Dr L_____, soit une capacité de travail de 50 % dès août 2003, la recourante a encore droit comme il sera exposé ci-après à une rente entière de l'assurance-invalidité.

10. a) Pour fixer le revenu sans invalidité de l'assurée, il faut établir ce que celle-ci aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir en 2003, date déterminante pour la comparaison des revenus (art. 29 al. 1 let. b LAI; ATF 129 V 222 consid. 4.1 p. 223, 128 V 174), si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (Meyer-Blaser,

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 1997, p. 205-206). En l'espèce, le revenu sans invalidité a été fixé à 60'428 fr. en 2003, compte tenu des trois activités de nettoyage exercées par la recourante pour Y_____, Monsieur A_____ et X_____. Ce revenu, non contesté par la recourante, peut être confirmé.

b) Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assurée, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère de manutention dès août 2003, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit en 2002, 3'820 fr. par mois ou 45'840 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure, des salaires 2002, p. 43, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; la Vie économique, 4/2007, p. 90, B 9.2), ce montant doit être porté à 47'788 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année 2003 (+ 1,7 %; Evolution des salaires en 2005, p. 31, T 1.2.93), on obtient un revenu annuel de 48'601 fr., qu'il convient de ramener à 24'300 fr. pour tenir compte de la capacité résiduelle de travail de 50 % de l'assurée.

Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Il ressort du dossier qu'en raison de la nature des limitations qu'elle subit, l'assurée ne peut plus effectuer qu'une activité légère à 50 %, ce qui la désavantage par rapport à des travailleuses en pleine possession de leur capacité de travail et susceptibles d'être engagées sur le champ. On doit de plus prendre en considération son âge (née en 1950) et son incapacité à lire et à écrire. Cela étant, une réduction de 20 % du salaire statistique apparaît en l'état justifiée, de sorte que le revenu d'invalide doit être fixé en définitive à 19'440 fr.

c) La comparaison de ce dernier montant avec le revenu sans invalidité de 60'428 fr. conduit à un degré d'invalidité de 67,8 %, taux qui donne droit, dès le 1er août 2003, à une rente entière de l'assurance-invalidité.

Pour ces raisons, c'est à tort que l'intimé a diminué la rente entière d'invalidité de la recourante à un quart de rente au 1er novembre 2003 (en application de l'art. 88a RAI), le taux de la rente n'étant pas diminué depuis le 1er août 2003. Enfin, la rente entière perdure au-delà du 1er janvier 2004 en application des dispositions finales de la quatrième révision de l'AI dès lors que la recourante a atteint l'âge de 50 ans au 1er janvier 2004.

11. Le recours sera en conséquence admis et la décision du 19 avril 2007 réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er juin 2003.

    Une indemnité de 2'000 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimé.

    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), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005), de sorte qu'un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'OCAI.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant
(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

1. Admet le recours.

2. Annule la décision du 19 avril 2007 de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité en tant qu'elle alloue à la recourante, dès le 1er novembre 2003, un quart de rente d'invalidité.

3. Dit que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité dès le 1er juin 2003.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr.

5. Met un émolument de 200 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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