REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2554/2004 **ATAS/1351/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 28 novembre 2007

En la cause

Madame C_____ comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame C_____, née en novembre 1954, mariée, d'origine portugaise, a effectué sa scolarité obligatoire dans son pays jusqu'à l'âge de douze ans. Après avoir aidé sa mère dans les tâches ménagères, elle a été placée à l'âge de quatorze ans dans une famille comme jeune fille au pair. Puis elle a travaillé pendant une quinzaine d'années comme aide de cuisine dans la restauration.

2. L'intéressée est venue en Suisse rejoindre son mari. Dans un premier temps, elle s'est consacrée à l'éducation de ses enfants, nés respectivement en mars 1978 et août 1984. Depuis le 17 octobre 1994, l'intéressée exerçait une activité accessoire de nettoyeuse à raison de deux heures le soir pour le compte de l'entreprise X_____. En outre, l'intéressée travaille depuis le 1er janvier 2000 comme employée de maison auprès de l'association Y_____ à Genève, à plein temps. Pour cette dernière activité, son salaire s'élève à 3'840 fr. 60 par mois depuis le 1er janvier 2002.

3. Le 4 juin 2001, l'assurée a été victime d'un accident de circulation en tant que passagère du véhicule conduit par son mari. Les médecins de l'hôpital ont diagnostiqué une fracture de la douzième vertèbre dorsale. L'intéressée a été incapable de travailler à 100% du 4 juin 2001 au 14 janvier 2002, puis à 70% du 14 janvier au 4 mars 2002; depuis cette date, sa capacité de travail est de 50%. L'assureur-accidents, la Z_____, a pris en charge le cas.

4. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en date du 13 août 2002, visant à l'octroi d'une rente.

5. Dans son rapport du 10 septembre 2002, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une fracture D-12 en raison de laquelle la patiente est en incapacité de travail de 100% du 4 juin 2001 au 13 janvier 2002, de 70% du 14 janvier 2002 au 3 mars 2002 et de 50% dès le 4 mars 2002. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, ce médecin indique que la patiente doit éviter de garder la même position du corps pendant longtemps, l'inclinaison du buste, les mouvements des membres ou du dos répétitifs. Depuis le 2 septembre 2002, la capacité de travail dans la profession déjà exercée était à nouveau de 100%.

6. L'assureur accident a mandaté le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Dans son rapport du 5 juin 2003, ce dernier a diagnostiqué une fracture-tassement du mur antérieur de D-12 avec hypercyphose dorsale résiduelle. Il a relevé qu'il était possible qu'à la longue, la symptomatologie douloureuse s'aggrave; toutefois, si la patiente garde une bonne musculature, il n'y avait pas lieu de craindre une dégradation rapide de la situation. La poursuite d'un

travail allégé était souhaitable. Dans son activité professionnelle de nettoyeuse de bureau, l'incapacité de travail est probablement définitive. En revanche, dans une activité plus légère, telle l'activité qu'elle effectuait à l'Association Y_____, sa capacité de travail peut être évaluée à 100%, c'est-à-dire huit heures par jour. Dans une autre profession n'impliquant pas de port de charges trop important et permettant l'alternance de la position assise/debout, la capacité de travail est de 100%.

7. Dans un complément d'expertise du 29 janvier 2004 adressé à l'assureur-accident, le Dr B_____ a précisé que l'assurée présentait une capacité de travail probablement de 100% si elle a l'occasion de se lever de temps en temps et de se déplacer durant une dizaine de minutes.

8. Dans un rapport du 17 mai 2004, le SMR LEMAN a relevé que la capacité de travail exigible de l'assurée dans son activité habituelle est de 100%, de même que dans une activité adaptée.

9. Par décision du 1er juillet 2004, l'OCAI a refusé l'octroi de prestations à l'assurée, au motif que son atteinte à la santé était sans conséquence sur sa capacité de travail.

10. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a formé opposition en date du 9 juillet 2004. Elle se référait au rapport d'expertise du Dr B_____, alléguant que l'incapacité de travail dans son activité accessoire de nettoyeuse était totale, ce dont il fallait tenir compte. Elle faisait valoir en outre que son état de santé s'était péjoré et qu'elle se trouvait alors en incapacité de travail totale dans son activité principale à l'association du Y_____.

11. Par décision du 12 novembre 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr B_____.

12. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 15 décembre 2004, contestant avoir une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Elle rappelle que l'accident dont elle a été victime le 4 juin 2001 fut extrêmement violent, puisqu'il fallut l'intervention du SIS afin de la désincarcérer. A la suite de la fracture de la douzième vertèbre dorsale, elle présente de fortes douleurs qui ont nécessité le port d'un corset ainsi que de la physiothérapie intensive. Elle se réfère au rapport du Dr A_____, dont il résulte qu'elle ne pourrait pas retrouver entièrement sa capacité de travail. Dans un rapport adressé le 13 septembre 2002 à son mandataire, ce médecin indiquait que l'évolution avait été stationnaire depuis l'époque de son précédent courrier, qu'elle ne pouvait pas reprendre la petite activité accessoire de nettoyeuse qu'elle exerçait deux heures par jour chez X_____, mais qu'en revanche, son activité principale d'employée de maison au Y_____ à raison de 7h30 par jour était possible, du moment que dans cette maison de retraite, son employeur avait accepté d'alléger le poste de travail. Elle se réfère également aux

conclusions figurant dans l'expertise effectuée par le Dr B_____ à la demande de l'assureur LAA. Elle invoque encore le fait que son état de santé s'est péjoré, qu'elle n'a pu travailler qu'à 50% et qu'elle est à nouveau en incapacité de travail totale depuis le 1er juin 2004. Elle fait grief à l'OCAI d'avoir rendu sa décision en ignorant totalement les rapports médicaux produits. Elle signale que l'assurance LAA a décidé de recourir à une nouvelle expertise. Elle conclut en conséquence à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire et, sur le fond, à l'octroi d'une rente.

13. Dans sa réponse du 25 février 2006, l'OCAI a invité la recourante à produire le rapport d'expertise diligenté par l'assureur-accident et préconisé une expertise psychiatrique. Sur le fond et en l'état actuel des investigations, l'OCAI concluait au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition.

14. Dans ses écritures du 18 mars 2005, la recourante a soutenu en substance que son état de santé s'était bien péjoré, ainsi que l'avait confirmé le Dr A_____ et conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité basée sur une invalidité supérieure à 50%.

15. Par ordonnance du 6 juillet 2005, le Tribunal de céans a suspendu l'instruction de la cause, d'accord entre les parties.

16. Le 11 mai 2006, la recourante a communiqué au Tribunal copie d'un rapport d'expertise établi par le Dr Simon D_____, orthopédiste, le 20 décembre 2005. Elle relève que ce dernier a encore diagnostiqué des cervico-brachialgies droites, une méniscose asymptomatique du genou droit, ainsi que des troubles de l'humeur. Selon l'expert, l'assurée peut exercer une activité avec un taux d'occupation de 100%, mais un rendement de 50% depuis le 6 septembre 2004. Elle peut exercer sa profession de nettoyeuse de manière allégée, étant précisé que tous les mouvements avant et arrière du tronc ou au-dessus du niveau de la tête en hyper-extension sont contre-indiqués. La recourante expose avoir repris son activité auprès du Y_____ dès le 6 septembre 2004, avec un rendement de 50%, avec l'accord de son employeur. Elle se réfère aux conclusions du Dr D_____ selon lesquelles actuellement, "nous obtenons avec la quantité et le rendement de l'expertisée le maximum de ce qu'elle peut effectuer, une reprise de totale de travail lui semblant inopportune, un risque de péjoration est par contre possible". Elle conclut principalement à l'octroi d'au minimum une demi-rente d'invalidité et, subsidiairement, à ce qu'une expertise psychiatrique soit mise en œuvre afin de déterminer si elle souffre ou non de tels troubles et quelle en est l'incidence sur sa capacité de travail.

17. Dans ses conclusions du 6 juin 2006, l'OCAI s'est déclarée d'accord avec la mise en œuvre d'une expertise complémentaire psychiatrique.

18. Par ordonnance du 2 octobre 2006, le Tribunal de céans a mandaté le Dr E_____, médecin adjoint aux Institutions universitaires de psychiatrie,

Clinique de Belle-Idée, pour procéder à une expertise psychiatrique de la recourante.

19. L'expert a rendu son rapport le 26 mars 2007. Au status clinique, le Dr E_____ a relevé que l'humeur était neutre, le discours cohérent, qu'il n'y avait pas de troubles patients de l'attention et de la mémoire, si ce n'est quelques difficultés dans des opérations simples de calcul mental à propos de la chronologie. La patiente ne présentait aucun signe de la lignée psychotique. Il a diagnostiqué un trouble panique, apparu progressivement après le syndrome douloureux, plus marqué depuis 2006 et un épisode dépressif léger. L'expert explique que l'assurée souffre de crises d'anxiété paroxystique, dont certaines correspondant, par leur symptomatologie et leur durée, à la forme typique de l'attaque de panique, alors que d'autres crises répondent davantage à ce qu'il est convenu de désigner comme "état de panique". En revanche, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'est pas retenu. Selon l'expert, le trouble panique est d'un degré de gravité moyen et l'état dépressif de nature réactionnelle, consécutif au syndrome douloureux chronique. Ces troubles psychiques ont valeur de maladie en tant que tels. Du fait de ses limitations physiques, l'assurée a une capacité réduite d'employée de maison au Y_____; en effet, bien que travaillant de 7 h 30 à 15 h 30, où elle ne produit que l'équivalent d'un travail à 50 %. Les troubles psychiatriques la rendent incapable d'exercer une activité accessoire de femme de ménage en plus de sa journée de travail. L'expert expose à ce propos que l'assurée redoute la survenu des crises et de ce fait, elle se trouve dans un état anxieux permanent qui, ajoutant ses effets propres aux douleurs et à l'état dépressif, contribuent à la fatigue chronique dont elle se plaint; d'autre part, les crises elles-mêmes la laissent pour un temps plus ou moins long totalement incapable de travailler et réduisent d'autant son rendement professionnel. Le pronostic est réservé et sans une prise en charge psychologique ou psychiatrique, il est à craindre que les ressources de l'expertisée ne s'effondrent, la rendant totalement incapable de travailler. Le Dr E_____ s'est déclaré d'accord avec l'appréciation du Dr A_____, selon laquelle il était tout à fait remarquable que l'expertisée puisse reprendre ses activités d'employée de maison à 50 %, et considère que les troubles psychiatriques sont de nature à compromettre la réussite d'éventuelles mesures de réorientation professionnelle. La poursuite de l'activité actuelle, avec les aménagements mentionnés, constitue sans aucun doute l'option la plus favorable au maintien de la capacité de travail de l'expertisée.

20. L'expertise a été communiquée aux parties et un délai leur a été imparti pour déposer leurs observations.

21. Dans ses écritures du 24 avril 2007, la recourante considère que les conclusions de l'expert rejoignent celles des Dr D_____ et A_____, à savoir qu'elle ne peut travailler plus de 50 % dans son activité actuelle et que l'exercice de son

activité accessoire n'est plus possible. Elle conclut à ce qu'un degré d'invalidité de 57,66 % lui soit reconnu lui donnant droit à une demi-rente d'invalidité.

22. L'OCAI a déposé ses conclusions le 30 avril 2007. Il produit un avis du SMR auquel l'expertise du Dr E_____ a été soumise. Selon les médecins du SMR, l'expert ne se prononce pas sur la capacité de travail d'un point de vue strictement psychiatrique. D'autre part, s'agissant du diagnostic de trouble panique, le SMR relève que la fréquence des crises n'est pas mentionnées et que l'expert a basé ses conclusions non pas sur un status psychiatrique évocateur, mais sur l'anamnèse de l'assurée. L'OCAI persiste en conséquence dans ses conclusions.

23. Le 9 mai 2007, le Tribunal de céans a communiqué au Dr Patrick E_____ les remarques du SMR et l'a invité à se déterminer.

24. Dans son complément d'expertise du 10 juillet 2007, le Dr E_____ précise que le trouble panique n'ajoute actuellement pas de limitation supplémentaire à celle que l'expert rhumatologue, le Dr D_____, reconnaît à l'assurée dans son activité habituelle du fait des douleurs cervicales et lombaires, c'est-à-dire 50 %. S'agissant du diagnostic de trouble panique, l'expert explique qu'il s'est effectivement fondé sur l'anamnèse et rappelle qu'il n'est pas rare qu'un patient souffrant d'un tel trouble ne présente jamais d'attaque dans le cabinet du thérapeute au cours d'un traitement spécialisé se déroulant à la fréquence d'une à deux séances par semaine pendant plusieurs mois. Il n'y a dès lors par lieu de s'étonner de l'absence de "status psychiatrique évocateur" dans le contexte dans lequel un expert est amené à rencontrer un assuré. Il s'agit en fin de compte de l'appréciation de la valeur du témoignage de l'assuré. Le Dr E_____ indique qu'il n'a aucun motif à mettre en doute les propos de l'expertisée et précise qu'il n'a pas d'avis quant au fait que le trouble panique, qu'il a évalué de degré moyen en fonction des données dont il disposait, soit ou non invalidant selon les critères de l'AI. En conclusion, l'expert confirme que le trouble panique et l'épisode dépressif léger ont à ses yeux valeur de maladie en tant que tels.

25. Par écritures du 30 août 2007, la recourante a persisté dans ses conclusions, sous suite de dépens.

26. Le 10 septembre 2007, l'OCAI indique que le complément d'expertise du Dr E_____ a été soumis à la Dresse F_____, interniste FMH; cette dernière estime que le tableau décrit et la fréquence des crises permettent en effet de retenir une incapacité de travail telle que reconnue par le rhumatologue, soit 50 %.

27. Après échanges des écritures, 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 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). Aussi, le droit à une rente doit-il être examiné au regard des anciennes dispositions pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et à la lumière des nouvelles dispositions après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 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).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et, partant, sur son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   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 être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Par ailleurs, s'agissant de la valeur probante 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

7. En l'espèce, selon les médecins ayant examiné la recourante, les atteintes à la santé qu'elle présente ne lui permettent plus d'exercer son activité accessoire de femme de ménage. Dans une activité adaptée, le Dr B_____ évaluait en 2003 sa capacité de travail à 100 %. Le Dr A_____ a estimé dans un premier temps que l'assurée était totalement incapable de travailler du 4 juin 2001 au 13 janvier 2002, à 70 % du 14 janvier 2002 au 3 mars 2002, puis à 50 % dès le 4 mars 2002. Après avoir indiqué que la capacité de travail était totale dès le 2 septembre 2002, il a attesté par la suite que la capacité de travail était de 50 % dans la profession actuelle, depuis le 6 septembre 2004, date à partir de laquelle elle a repris son travail avec un rendement de 50 %. Quant au Dr D_____, il déclaré dans son rapport du 20 décembre 2005 que la recourante travaillait depuis le 4 septembre 2004 7 h 30 par jour, mais avec un rendement de 50 %, ce qui constitue le maximum exigible.

   L'expert E_____ se rallie à l'appréciation des Drs A_____ et D_____ et retient une capacité de travail de 50 % dans le poste actuel, tel qu'aménagé par l'employeur, expliquant que du point de vue psychique, l'on ne saurait exiger de la recourante qu'elle mette davantage à profit sa capacité de travail. Le Tribunal de céans relève que l'expertise réalisée par le Dr E_____ a pleine valeur probante, que ses conclusions sont claires et motivées et son évaluation rejoint celle des Drs A_____ et D_____. Il n'a en conséquence aucun motif de s'en écarter.

   Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que l'incapacité de travail de la recourante est totale dans l'activité accessoire de femme de ménage et de 50 % dans l'activité habituelle telle qu'aménagée par l'employeur, tant du point de vue physique que psychique, ce que l'intimé admet d'ailleurs dans ses dernières conclusions.

8. Reste à déterminer quel est le degré d'invalidité de la recourante.

   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 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. D'autre part, selon la jurisprudence, un revenu d'appoint doit être englobé dans le revenu sans invalidité en vue de sa comparaison avec le revenu d'invalide lorsqu'on peut admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assuré, s'il était demeuré en bonne santé, aurait continué à exercer l'activité en cause et à en percevoir la rémunération. Il en va ainsi quelle que soit l'importance de cette activité en termes de taux d'occupation et de prestations de travail exigées (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 ss, 1989 n° U 69 p. 181 consid. 2c; RCC 1980 p. 559 consid. 3a). A l'inverse, un revenu complémentaire ne peut être pris en compte à titre de revenu d'invalide que dans la mesure où on peut exiger de l'assuré - aux mêmes conditions que pour l'activité principale - qu'il continue à exercer l'activité accessoire en cause malgré l'atteinte à sa santé (arrêt A. du 16 mai 2003, [I 576/02]).

Pour fixer le revenu d'invalide, il faut, selon la jurisprudence, tenir compte tout d'abord de la situation professionnelle concrète de l'assuré. S'il exerce une activité lucrative après la survenance de l'invalidité et que - cumulativement - les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est approprié et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est en principe considéré comme le salaire d'invalide (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1, 126 V 76 consid. 3b/aa et les arrêts cités).

9. Il convient en l'occurrence de se placer en 2002, date à laquelle le droit à la rente prend naissance compte tenu de l'incapacité de travail de la recourante dès le 4 juin 2001.

S'agissant du revenu sans invalidité, il s'élevait depuis le 1er janvier 2002 à 3'840 fr. 60 par mois dans l'activité habituelle au Y_____, soit 46'087 fr. 20 par année. L'employeur n'a cependant pas précisé si la recourante perçoit une gratification ou une part de 13ème salaire. Il appartiendra à l'intimé d'instruire ce point afin de déterminer précisément le revenu en 2002, auquel il conviendra d'ajouter le revenu accessoire réalisé par la recourante dans les travaux de nettoyage à raison de deux heures par jour, cinq jours par semaine, dans la mesure où l'on peut admettre qu'elle aurait poursuivi cette activité si elle n'avait pas été affectée dans sa santé. Dans cette dernière activité, elle percevait en 2002 un salaire horaire de 16 fr. 15 + 8,33 % , pour environ 18 à 20 heures par semaine, selon les renseignements communiqués par l'employeur.

Quant au revenu d'invalide, il s'agit de celui réalisé effectivement par la recourante dans son activité habituelle au Y_____, où la recourante travaille depuis le 1er janvier 2000. Il conviendra en revanche de faire abstraction du revenu de l'activité accessoire, dès lors que cette dernière n'est plus compatible avec l'atteinte à la santé. S'agissant du revenu d'invalide, le dossier ne contient aucun renseignement sur le revenu effectivement perçu par la recourante. De surcroît, un expert a relevé qu'elle travaillait 7 h 30 par jour mais avec un rendement de 50 %. Il incombera à l'intimé de questionner l'employeur quant au taux d'activité ainsi que le gain effectivement perçu par la recourante et de vérifier, le cas échéant, s'il y a un salaire social versé par l'employeur.

En conséquence, la cause sera renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire afin de déterminer le degré d'invalidité conformément à la jurisprudence (voir notamment ATF L. du 26 août 2005 I 511/04) et de statuer sur le droit à la rente.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de dépens, fixée en l'espèce à 2'000 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.

3. Annule les décisions de l'OCAI des 1er juillet 2004 et 12 novembre 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI afin qu'il détermine le degré d'invalidité de la recourante en procédant conformément aux considérants et rende une nouvelle décision.

5. Condamne l'OCAI à payer à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.

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
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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