

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1234/2007

ATAS/33/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 15 janvier 2008

En la cause

Madame G_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc recourante

contre

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

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelynne BOUCHAARA et Norbert HECK ,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G _____, en Suisse depuis 1977, ouvrière chez ROLEX SA, a été victime d'un accident le 24 janvier 2005 (chute sur le verglas), à la suite duquel elle a souffert d'une fracture du dos, d'une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche et de lésions au pied gauche. Le cas a été pris en charge par la SUVA jusqu'au 30 juin 2006.
2. Le 14 novembre 2005, l'assurée a déposé une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession, un placement et à l'octroi d'une rente d'invalidité.
3. Dans un rapport du 13 décembre 2005, le Dr L _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a posé le diagnostic de discopathie L5-S1 protrusive, étant précisé qu'il n'avait vu l'assurée qu'une seule fois pour un avis neurochirurgical.
4. Le Dr M _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a, le 12 décembre 2005, retenu un tassement vertébral D2, une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et des contusions au pied gauche survenus le 24 janvier 2005. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% à partir de cette date en qualité d'employée de stock chez ROLEX SA. L'assurée pourrait exercer une autre activité, légère, sans port de charges, de type plutôt sédentaire. L'état de santé est pour lui stationnaire et des mesures professionnelles sont indiquées.
5. Le Dr N _____, spécialiste FMH en rhumatologie, a indiqué le 6 janvier 2006 que l'assurée souffrait de fractures - tassement du mur antérieur et postérieur de D12 depuis janvier 2005, qu'elle présentait également, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail, un status post-entorse malléolaire externe et Chopard de la cheville gauche, un kyste arthro-synovial astragalo-scaphoïdien du pied gauche depuis janvier 2005. L'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, l'assurée pourrait toutefois exercer une activité dans un travail industriel léger en position assise ou dans un travail de bureau, avec une diminution de rendement de 20%.
6. Il résulte d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 16 décembre 2005 par le Dr O _____, qu'il n'y a pas de séquelle traumatique osseuse appréciable, que la seule anomalie décelable est la présence d'un petit kyste arthro-synovial de la face dorsale de l'articulation talo-naviculaire sur le versant antérieur à antéro-interne et qu'il n'y a ni tendinite ni de tendinopathie.
7. Dans un rapport du 16 janvier 2006, le Dr P _____, généraliste, a confirmé les diagnostics de fractures - tassement de D12, déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite et entorse de la cheville gauche en inversion depuis le 24 janvier

2005 et a ajouté à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une diverticulite sigmoïdienne, une ménisectomie gauche, un neurome de Morton - exostosectomie et de l'ostéoporose depuis avril 2005 et une septoplastie, une polypectomie et une turbinectomie depuis le 17 septembre 1999. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le 24 janvier 2005. Il a encore précisé que l'état de santé était stationnaire allant plutôt dans le sens d'une amélioration. Selon lui, l'assurée ne peut plus exercer l'activité antérieure, en revanche une autre activité est possible, pour autant qu'elle soit sédentaire et sans port de charges. Il préconise une formation dans le domaine bancaire par exemple.

8. Le 15 mai 2006, la SUVA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière au 30 juin 2006, la considérant comme pleinement apte au travail dès juillet 2006 et étant précisé que les troubles lombaires dus à la discopathie L5-S1 n'étaient pas à sa charge.
9. Interrogé par le mandataire de l'assurée, le Dr M_____ a indiqué, le 21 juillet 2006, que la capacité de travail de sa patiente comme gestionnaire de stock dans l'horlogerie était de 50%, qu'elle pouvait être cependant totale dans une activité adaptée ne comprenant ni port de charges lourdes, ni travail en position assise ou debout prolongée.
10. Dans un avis du 21 août 2006, le Dr Q_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR), a suggéré de demander à la SUVA la mise à jour du dossier-accident et d'interroger l'employeur afin qu'il fournisse un descriptif précis du dernier poste de travail assumé par l'assurée (possibilité d'alterner les positions assis/debout, port de charges maximales).
11. ROLEX SA a ainsi procédé le 12 octobre 2006 à un classement des diverses tâches qui doivent être assumées dans le poste de travail de l'assurée, selon les critères : "pas du tout", "léger/peu", "moyen" ou "important" :
 - les efforts physiques, ainsi que les tâches répétitives, sont à cheval entre deux critères, soit "léger/peu" et "moyen",
 - il n'y a pas de travaux de précision, d'horaire irrégulier de nuit, pas d'environnement avec bruit/ poussières / froid, et pas de voyages ; il ne s'agit pas non plus d'un poste à responsabilités décisionnelles de personnel
 - les efforts intellectuels, le travail debout et assis ont été rangés sous "moyen"
 - les déplacements et la formation professionnelle/scolaire sous "léger/peu".
12. Le 8 novembre 2006, le Dr Q_____ a pris note de ce que le Dr. R_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement de la SUVA, avait en mai

2006 estimé la capacité de travail entière dans la profession antérieure de gestionnaire de stock dans l'industrie horlogère.

Le médecin de la SUVA avait en effet constaté que :

"au niveau de l'épaule droite, la fonction est complète, avec douleurs subjectives aux amplitudes extrêmes en abduction et élévation antérieure. La situation doit être considérée comme guérie.

En ce qui concerne la main droite, la situation a été considérée comme déjà guérie lors du dernier examen en juillet 2005.

Concernant la cheville gauche, les examens complémentaires n'ont montré aucune lésion traumatique, notamment des radios fonctionnelles ont montré une parfaite stabilité de l'articulation tibio-tarsienne. A l'examen de ce jour, la situation est stabilisée et doit être considérée également comme guérie.

Concernant la fracture de D12 au niveau du plateau supéro-antérieur, la situation est également stabilisée avec une fonction du rachis satisfaisante en rotation et en flexion antérieure du tronc et allégation de douleurs subjectives.

L'examen est tout à fait rassurant.

Du reste, l'IRM de juin 2005 était tout à fait rassurante également avec absence d'atteinte du mur postérieur, aucun signe de compression médullaire et avec la présence uniquement de minimes signes résiduels au niveau du plateau supérieur, compatibles avec un tassement relativement ancien.

Par contre, il avait été mis en évidence une discopathie avec pincement intersomatique modéré en L5-S1 et une petite hernie discale qui semblait être actuellement symptomatique d'après les plaintes subjectives alléguées par *l'assurée* au niveau de la fesse et de la cuisse droite.

L'examen clinique du reste ne retrouve aucun trouble sensitivomoteur objectivable au niveau des membres inférieurs. Le test de Lasègue est absolument négatif des deux côtés. D'autre part, ce problème de discopathie n'a aucun rapport de causalité ni certain ni vraisemblable avec l'accident.

Au terme de l'examen de ce jour, on peut conclure que la situation est stabilisée.

Il n'y a pas de dommage permanent indemnisable.

Pour les seules conséquences accidentelles, à savoir entorse de la cheville gauche, contusions de l'épaule droite, fracture du mur antéro-supérieur de D12, il n'y a plus d'incapacité de travail en tant que gestionnaire de stock dans l'horlogerie.

Le problème lombaire dû à la discopathie L5-S1 symptomatique actuellement, n'est pas à la charge de l'assurance-accidents".

Le Dr Q_____ a pris en considération les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges de plus de 15 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion rotation répétée du tronc, possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure. Il a ainsi conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité antérieure dès le 1^{er} juillet 2006, indiquant que ce cas était essentiellement un "cas SUVA".

13. L'OCAI a communiqué à l'assurée le 10 novembre 2006 un projet de décision aux termes duquel le droit à une rente entière d'invalidité lui était reconnu du 24 janvier au 30 juin 2006, s'alignant ainsi complètement sur les conclusions de la SUVA.

L'OCAI a par ailleurs informé l'assurée, également le 10 novembre 2006, de son projet de refuser la demande de mesures professionnelles.

14. L'assurée, représentée par Maître Marc MATHEY-DORET, a fait remarquer à l'OCAI par courrier du 27 novembre 2006 que la SUVA avait nié son droit à des prestations au-delà de juillet 2006 en raison de l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles lombaires symptomatiques constatés (discopathie L5-S1). Or ces troubles dument constatés s'ils ne sont pas relevant du point de vue de l'assurance-accidents doivent par contre être pris en considération du point de vue de l'AI dès lors qu'ils ont une influence certaine sur sa capacité de travail et de gain. Aussi sa capacité de travail peut-elle être estimée à 50% dans son ancienne profession et à 100% mais avec un rendement limité dans une activité adaptée moyennant un reclassement professionnel (cf. rapport du Dr M_____ du 21 juillet 2006).
15. Invité à se déterminer, le Dr Q_____ a interrogé le 16 janvier 2007 les Drs M_____ et S_____, sur le point de savoir : "quelle est la capacité de travail exigible dans une activité qui ne nécessiterait pas la position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexions répétées du tronc, la possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure et un port de charge limité à 5 kg avec un horaire régulier de jour dans un environnement libre de bruit, de poussière et de froid, sans déplacement en-dehors du lieu de travail ou voyage à l'étranger, ni la conduite d'un véhicule automobile".
16. Par décision du 23 février 2007, l'OCAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} janvier au 30 juin 2006.
17. Dans une note du 5 mars 2007, le Dr Q_____ a fait état de la réponse du Dr M_____ intervenue le 14 février 2007, selon laquelle la description du poste de travail établie par ROLEX SA lui semble correspondre aux capacités de la

patiente. Le Dr Q_____ en conclut que la capacité de travail de l'assurée est restée inchangée depuis le rapport SMR du 8 novembre 2006.

18. Les décisions du 23 février 2007 ayant été notifiées par la Caisse cantonale genevoise de compensation sans indication des moyens de droit et sans avoir attendu la réponse du Dr M_____, elle ont été annulées et remplacées par deux nouvelles décisions de même teneur les 12 mars et 22 mars 2007.
19. L'assurée a, par l'intermédiaire de son mandataire, interjeté recours le 19 avril 2007 contre la décision du 22 mars (cause N° A/1610/2007) et le 26 mars contre la décision du 12 mars 2007 (cause N° A/1234/2007).

Elle a préalablement requis la suspension de l'instruction de la procédure relative à l'octroi de la rente jusqu'à droit jugé de celle relative au refus de mesures de réadaptation, ce jusqu'à exécution de ces dernières.

D'une part, elle conclut principalement à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OCAI pour complément d'instruction médicale et nouvelle décision ou à ce qu'une expertise soit ordonnée visant à évaluer sa capacité de travail dans la dernière activité professionnelle exercée ainsi que dans le cadre d'une activité adaptée, et d'autre part, à l'octroi d'une rente entière au-delà du 30 juin 2006.

20. Dans deux préavis des 15 et 21 août 2007, l'OCAI a proposé le rejet des recours.
21. Par courrier du 4 septembre 2007, dans la cause A/1610/2007, l'assurée dit ne pas comprendre comment l'OCAI peut considérer qu'elle est totalement incapable d'exercer son activité lucrative habituelle chez ROLEX SA jusqu'au 30 juin 2006, puis, sans la moindre mesure de réadaptation et sans modification de son état de santé, du jour au lendemain, qu'elle est apte à reprendre cette même activité à 100%. Elle relève par ailleurs que l'avis du Dr M_____ du 14 février 2007 sur lequel se fonde l'OCAI et celui du 21 juillet 2006 sont contradictoires.
22. Le 23 novembre 2007, le Tribunal de céans a ordonné la jonction des deux causes.
23. Les causes ont ensuite été gardées à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie

générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que les décisions litigieuses ayant été rendues en date des 12 et 22 mars 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. Déposés dans les forme et délai prévus par la loi, les recours sont recevables (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à la prise en charge de mesures de réadaptation ou à l'octroi d'une rente au-delà du 30 juin 2006.

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références ; VSI 2001 p. 157 consid.).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 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. Il convient de relever que cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement ressortir du dossier (p. ex. arrêt P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités ; sur les motifs de révision en

particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Rudolf RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : Schaffhauser/Schlauri [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d ; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, l'invalidité est définie comme étant 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 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de

l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

6. 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 1^{er} janvier 2004, 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 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).
7. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient en effet d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

Une appréciation divergente ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. A cet égard, il ne suffit donc pas qu'une appréciation divergente soit soutenable, voire équivalente. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction

extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 50/04).

A noter que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation à laquelle a procédé la SUVA, lorsque l'assuré souffre d'affections d'origine malade qui n'engagent pas la responsabilité de cet assureur-accidents (ATF 126 V 288).

8. 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).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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).

9. 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).

L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaider pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

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)

10. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation

dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ liée à l'invalidité de 20% environ sans formation professionnelle supplémentaire (VSI 2000 p. 64 consid. 1 ; VSI 2000 p. 27 consid. 2b ; RCC 1984 p. 95 ; ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1).

Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après OFAS) sur la procédure relative à la réadaptation professionnelle, après avoir examiné s'il y a invalidité au sens de la loi, si les conditions d'assurance sont remplies, s'il dispose

des documents médicaux nécessaires, si d'un point de vue médical l'assuré est apte à la réadaptation et si, enfin, des mesures d'ordre professionnel entrent en ligne de compte, l'OCAI doit examiner concrètement les possibilités de réadaptation professionnelle, et confier pour ce faire un mandat d'examen au service de réadaptation professionnelle ou à un centre d'observation professionnelle, par exemple. Si la personne qui procède à l'examen estime qu'une réadaptation n'est pas possible, elle doit en préciser les motifs essentiels, objectifs et concrets. Si elle arrive à la conclusion que des mesures d'ordre professionnel sont indiquées, elle doit démontrer le caractère approprié de la mesure, sa compatibilité avec les aptitudes et handicaps de l'assuré et les possibilités réalistes de réadaptation et de gain que l'on peut escompter (cf. chiffres 2090 à 2103).

11. En l'espèce, l'OCAI, se fondant sur les conclusions de la SUVA selon lesquelles l'assurée pouvait exercer sa profession antérieure de gestionnaire de stock dans l'industrie horlogère à plein temps depuis le 1^{er} juillet 2006 a, d'une part, refusé la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle et, d'autre part, n'a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité que du 24 janvier au 30 juin 2006.
12. Il y a toutefois lieu d'observer que la SUVA a mis fin à ses prestations au 30 juin 2006, parce qu'elle a considéré, sur la base du rapport du Dr R_____ daté du 11 mai 2006, que l'assurée ne présentait plus d'incapacité de travail en tant que gestionnaire de stock dans l'horlogerie pour les seules conséquences accidentelles, à savoir entorse de la cheville gauche, contusions de l'épaule droite, fracture du mur antéro-supérieur de D12 au-delà de cette date.

Or, l'AI n'a pas à se préoccuper de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles dont souffre encore l'assurée

L'OCAI ne saurait dès lors se contenter de se référer aux conclusions de la SUVA.

13. Selon les Drs M_____, N_____ et P_____, l'assurée pourrait exercer une activité légère, de type travail de bureau, avec une diminution de rendement, selon le Dr N_____, de 20%. Ils préconisent toutefois des mesures de réadaptation professionnelle.

Il y a lieu de rappeler à cet égard que de telles mesures ne peuvent être envisagées que si le taux d'invalidité, sans formation professionnelle supplémentaire, est au moins égal à 20%.

Le Tribunal de céans constate que ROLEX SA a décrit le 12 octobre 2006 le dernier poste de travail occupé par l'assurée, en classant notamment les efforts physiques entre "léger/peu" et "moyen". Il est vrai que dans ce descriptif ne figure aucune indication quant à la possibilité d'alterner les positions assise et debout, dont le Dr Q_____ retient qu'elle constitue une des limitations fonctionnelles de

l'assurée, précisant même que l'alternance doit intervenir chaque heure. La diminution de rendement de 20% évoquée par le Dr N_____ pourrait dans ces conditions devoir être prise en considération. Le Dr M_____ a toutefois déclaré le 14 février 2007 que la description du poste établie par l'employeur correspondait aux capacités de sa patiente. Il fixait du reste à 50% la capacité de travail de sa patiente comme gestionnaire de stock dans l'horlogerie, mais à 100% celle dans une activité adaptée ne comprenant ni port de charges lourdes, ni travail en position assise ou debout prolongée. Or à l'évidence, le poste de gestionnaire de stock n'implique pas le port de charges lourdes et n'exige pas un travail en position assise ou debout prolongée. Il y a en conséquence lieu d'admettre une pleine capacité de travail dans l'activité antérieure.

Le seuil-limite de 20% fixé par la jurisprudence n'étant ainsi pas atteint, il se justifie de confirmer le refus de mesures de réadaptation. Le recours est dès lors rejeté sur ce point.

14. L'OCAI a entendu limiter l'octroi de la rente du 1^{er} janvier au 30 juin 2006, considérant, à l'instar de la SUVA, que dès le 1^{er} juillet 2006, l'assurée était capable de reprendre l'exercice de son activité antérieure à plein temps. Force est de constater que même si l'on admettait une diminution de la capacité de travail de 20%, selon l'estimation du Dr N_____, le degré d'invalidité, qui se confond en l'occurrence, au vu de ce qui précède, avec celui de l'incapacité de travail (ATF du 30 juin 2006, I 43/2005), n'atteindrait pas un niveau suffisant pour justifier l'octroi d'une rente au sens de l'art. 28 LAI. La suppression de la rente ne peut dès lors qu'être confirmée.
15. Selon l'art 88a al. 1 RAI toutefois, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Aussi la suppression de la rente ne saurait intervenir qu'à compter du 1^{er} octobre 2006.

Le recours quant à la rente est en conséquence partiellement admis.

**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. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 800 fr., à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Renonce à percevoir un émolument.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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