REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1893/2006 **ATAS/1078/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 9 novembre 2006

En la cause

Madame A_____, domiciliée - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MATHEY-DORET Marc	recourante
contre	
OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis de Lyon 97 à GENEVE	intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Valérie MONTANI et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame A_____, née le 1954, originaire d'Espagne, est venue en Suisse le 30 août 1976. Elle a travaillé à plein temps auprès de X_____ à Genève du 1er mai 1989 au 9 décembre 2002, en qualité d'employée en préparation de plateaux repas pour avions.

   Le 9 décembre 2002, elle a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) une demande visant à la prise en charge d'un reclassement dans une nouvelle profession, au motif qu'elle souffre depuis le 5 juillet 2001 d'une symptomatologie douloureuse du genou gauche, de gonalgies gauches, de la résection de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne par arthroscopie.

2. Son médecin traitant, le Dr A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé dans un rapport du 27 décembre 2002, que sa patiente était atteinte d'un traumatisme du genou gauche opéré le 8 novembre 2001 par arthroscopie suite à un accident de travail survenu le 5 juillet 2001, et qu'elle présentait une symptomatologie douloureuse depuis. Il a estimé l'incapacité de travail depuis l'accident à 100%. Le 20 novembre 2002, il avait informé la SUVA que l'évolution était très lente et que l'assurée se déplaçait encore avec deux cannes, avec un périmètre de marche diminué à moins de 15 minutes. Il avait estimé son incapacité de travail dans son ancienne profession à 100%, mais précisé qu'elle pouvait exercer une autre activité pour autant que celle-ci soit sédentaire et en position assise.

3. L'assurée a été examinée par le Dr B_____ de la Clinique romande de réadaptation (CRR) dans le cadre de l'assurance accidents. Le Dr B_____ a fixé à 0% la capacité de travail de l'assurée du 10 juillet au 20 septembre 2002, et a proposé une reprise à 50% en fonction de l'évolution (rapport du 11 septembre 2002 adressé à la SUVA).

4. Le Dr. C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a déclaré le 9 décembre 2002 que l'incapacité de travail restait justifiée.

5. Dans un rapport intermédiaire du 12 mars 2003, le Dr A_____ a informé l'OCAI que l'état de sa patiente s'était aggravé et qu'une ostéotomie de valgisation du genou gauche était envisagée.

6. L'assurée a déposé le 9 avril 2003 une demande d'allocation pour personne impotente. Elle indique qu'elle ne peut plus accomplir aucun des actes réguliers et importants de la vie et que sa fille l'aide pour tout ce qui concerne les tâches ménagères, la cuisine et les commissions.

7. L'intervention chirurgicale prévue par le Dr A_____ est intervenue le 14 avril 2003 (cf. rapport opératoire du même jour).

8. Par décision du 23 juin 2003, confirmée sur opposition le 22 juillet 2003, l'OCAI a informé l'assurée de son refus de prendre en charge une aide à domicile et l'a invitée à s'adresser à son assurance maladie.

   Par décision du 22 juillet 2003, l'OCAI a également nié le droit de l'assurée à une allocation pour impotent, au motif qu'un tel droit prend naissance dès que l'impotence a duré pendant une année et qu'elle ne présentait une impotence de longue durée que depuis le mois d'avril 2003 seulement.

9. Le Dr A_____ a informé l'OCAI le 7 juillet 2003 que l'évolution était lente et favorable.

   Par courrier du 23 décembre 2003, l'OCAI l'a invité à répondre aux questions suivantes :

   - quelles sont les limitations fonctionnelles de la patiente ?

   - quelle est sa capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ?

   - quelle est l'évolution après l'ostéotomie et quand la patiente a-t-elle retrouvé un status lui permettant de marcher sans l'aide de cannes ?

   - quels sont les traitements actuels ?

   Le Dr A_____ a annoncé qu'il répondrait à ces différentes questions au début mars 2004, considérant qu'il était difficile de juger du résultat de l'arthroscopie avec méniscectomie externe et ablation du matériel d'ostéosynthèse intervenues le 9 janvier 2004 avant huit semaines post-opératoires. Il y a succinctement répondu le 8 mars 2004, indiquant que sa patiente marchait encore avec deux cannes, qu'elle pourrait d'ici environ un mois exercer une activité sédentaire à 50% et qu'il était difficile de préciser l'évolution après l'ostéotomie car il y avait "récidive de lésion méniscale intérieure plus extérieure, plus lésion III cartilage CI".

10. Dans un rapport du 4 mai 2004, le Dr C_____ constate que l'assurée marche avec deux cannes, ne peut s'agenouiller ni s'accroupir ou marcher sur la pointe des pieds ou des talons et présente une discrète amyotrophie du quadriceps et du mollet; son genou est déclaré comme très sensible à la palpation avec conservation de la fonction en flexion/extension. Selon lui, l'état est en voie de stabilisation dans le cadre d'un genou encore douloureux avec utilisation de deux cannes à l'extérieur et périmètre de marche raccourci. Il propose un nouveau séjour à la CRR.

L'assurée a ainsi séjourné à la CRR du 8 juin au 7 juillet 2004. Au terme de ce séjour, un rapport a été établi le 23 août 2004. Il en résulte que la situation médicale peut être considérée comme stabilisée et une exigibilité prononcée en ce qui concerne une limitation fonctionnelle pour les positions debout prolongées, la montée et la descente des escaliers, l'accroupissement, le travail en position assise ou à genoux et la marche en terrain irrégulier. Il a ainsi été admis une incapacité de travail totale dans l'emploi de l'assurée chez X_____ puisque celui-ci nécessite des positions debout prolongées, par contre dans une activité adaptée un travail à temps complet est possible (cf. rapport du 23 août 2004).

Il est par ailleurs relevé qu'une demande pour une réorientation professionnelle a été déposée en décembre 2002 auprès de l'AI, que toutefois le comportement douloureux de la patiente ainsi que plusieurs facteurs d'invalidité (arrêts de travail depuis trois ans avec licenciement à la fin septembre 2004, invalidité du mari, éclatement de la famille) semblent compromettre toute reprise d'activité professionnelle.

Un avis psychiatrique a été demandé au Dr D_____, du fait qu'il avait été constaté une discordance entre les plaintes et les éléments somatiques objectifs. Le Dr D_____ relève que le status psychiatrique est dans les limites de la norme. Il ne retient aucune pathologie psychiatrique. Il précise que l'absence de détresse psycho-sociale évidente et un comportement douloureux stéréotypé (théâtralisme, inauthenticité du douloureux chronique) lui font récuser un trouble somatoforme. Il constate cependant que des antécédents de dépression, (lors du décès du père, lors de l'accident de circulation du mari et les habituelles conséquences de l'immigration) sont des facteurs défavorables (cf. rapport du 17 juin 2004).

11. L'OCAI a confié au Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, le soin d'expertiser l'assurée.

    Un rapport d'expertise a été réalisé par ce médecin le 30 novembre 2004. Il a constaté l'existence d'une impotence douloureuse du genou gauche après :

    - status après méniscectomie par voie arthroscopie le 8 novembre 2001,
    - arthroscopie de contrôle et ostéotomie de valgisation le 14 avril 2003,
    - arthroscopie avec méniscectomie externe et ablation du matériel d'ostéosynthèse le 9 janvier 2004.

    Il a fait part d'une discordance entre les plaintes subjectives formulées par l'assurée, plaintes très lourdes d'un état invalidé de douleurs permanentes, diurnes, nocturnes, en position assise et à la marche et ses trouvailles cliniques et radiologiques au genou gauche. Il ne relève en effet au niveau du genou gauche ni amyotrophie, ni augmentation de la chaleur locale. Il explique que la distorsion du genou gauche survenue le 5 juillet 2001 a provoqué une distorsion du ligament latéral interne et

une déchirure méniscale postérieure interne. Ces lésions ont été traitées successivement par une arthroscopie avec méniscectomie, une ostéotomie de valgisation du tibia, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, une nouvelle arthroscopie ainsi que par de nombreux traitements de physiothérapie, notamment dans un centre ciblé tel que la CRR de Sion ainsi que par de multiples traitements médicamenteux sous forme d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et de chondroprotecteurs et des injections de visco-supplémentation. L'expert constate que tous ces traitements n'ont pas apporté un iota d'amélioration, ni de variation dans les plaintes subjectives évoquées par l'assurée et ne trouve dès lors aucune explication orthopédique aux plaintes émises par celle-ci.

En conclusion, il ne voit aucune limitation ni au plan physique, ni au plan psychique et mental. Il lui apparaît clairement que l'état d'invalide de son époux, dépressif et très limité dans ses déplacements, joue un rôle prédominant dans la demande d'invalidité de l'assurée. Selon lui, les plaintes n'ont pas d'explications orthopédiques, elles ne vont cependant pas disparaître spontanément, un reclassement professionnel dans un travail adapté serait en conséquence de bon aloi, étant précisé que dans une telle activité la capacité de travail est totale. Au point de vue médical, il y a une incapacité de travail de 20% au moins depuis le 5 juillet 2001; une reconversion dans un travail assis est toutefois exigible à temps complet, sans diminution de rendement, deux mois après l'arthroscopie du 8 novembre 2001.

12. Dans une note du 1er février 2005, le Dr. F_____ du Service médical régional AI (SMR Léman) relève ainsi que, selon l'expert, la capacité de travail dans une activité adaptée est de 100% depuis début 2002, soit deux mois après son arthroscopie.

13. Lors d'un entretien dans les bureaux de l'OCAI le 11 avril 2005, l'assurée a cependant souligné qu'elle ne pouvait pas exercer à plein temps une activité adaptée même plus légère car les douleurs sont omniprésentes et l'obligent très souvent à se reposer.

14. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ a rempli un nouveau rapport intermédiaire le 4 août 2005. Il en résulte que l'état de santé de la patiente est resté stationnaire, voire s'est légèrement aggravé.

15. Par décision du 20 septembre 2005, la SUVA a reconnu à l'assurée le droit à une rente d'invalidité compte tenu d'une diminution de la capacité de gain de 21%, ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

    Par décision du 11 janvier 2006, la SUVA a partiellement admis l'opposition. Après avoir rappelé que cinq descriptions de postes de travail adaptés au handicap de l'assurée avaient été versées au dossier, elle a en effet retenu un taux de 24% (revenu sans invalidité de 4'800 fr. et revenu avec invalidité de 3'628 fr.). Un

recours a été interjeté contre cette décision sur opposition. La cause a été enregistrée sous le N° A/1565/2006 LAA.

16. Un rapport de réadaptation professionnelle a été établi le 7 mars 2006. L'OCAI a procédé à la comparaison des revenus et a obtenu un degré d'invalidité de 27,5%. Il a considéré qu'en raison du manque de motivation de l'assurée et du fait qu'elle se considérait comme totalement incapable de travailler, des mesures professionnelles n'étaient en l'état pas indiquées. Toutefois, il admet qu'une éventuelle aide au placement pourrait lui être apportée, pour autant qu'elle le demande expressément et qu'elle participe activement aux mesures proposées en faisant elle-même des recherches d'emplois.

    S'agissant du revenu avec invalidité, l'OCAI s'est fondé sur le tableau TA 1 tous secteurs confondus de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2002 selon lequel une femme peut espérer un salaire mensuel de 3'820 fr.; il a sur cette base accordé une réduction supplémentaire de 10% en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assurée et du nombre d'années passé au sein de l'entreprise (12 ans). L'assurée travaillait avant son accident auprès de X_____ pour un salaire annuel de 57'923 fr. 25, ce qui correspond, après indexation selon l'indice suisse des salaires nominaux, à un revenu hypothétique sans invalidité pour 2002 de 59'290 fr.

17. Par décision du 9 mars 2006, l'OCAI a refusé la demande de l'assurée visant à obtenir la prise en charge de mesures professionnelles et l'octroi d'une rente.

18. L'assurée, représentée par Maître MATHEY-DORET, a formé opposition le 20 mars 2006. Elle conteste avoir affirmé ne pas se sentir capable d'entreprendre une mesure d'ordre professionnel et rappelle que lorsqu'une place de réadaptation avait été trouvée par son gestionnaire d'entente avec elle, c'est ce dernier qui l'avait dissuadée de poursuivre la démarche au vu de son état de santé. S'agissant du refus de rente, elle considère que la capacité de travail résiduelle dans une profession dite adaptée de même que le revenu y afférent ont été surévalués.

    L'assurée a complété son opposition le 18 avril 2006. Elle critique le rapport du Dr E_____ en ce sens que celui-ci commence par constater que "la position assise est limitée à une heure" pour conclure, à l'inverse, que la capacité de travail serait complète à plein rendement dans une position assise sans restriction. Elle relève que l'appréciation du Dr E_____ est contredite par les différents avis médicaux figurant au dossier, selon lesquels elle ne peut exercer qu'une activité légère moyennant une alternance de la position assise/debout. Elle rappelle également que contrairement à ce qu'a retenu le Dr E_____, le Dr A_____ atteste d'une bonne concordance entre les plaintes subjectives et l'examen clinique. Elle conclut dès lors à ce que l'OCAI procède à un nouveau calcul selon la méthode de comparaison des revenus en tenant compte des

restrictions médicales dûment attestées, en particulier l'impossibilité d'un travail assis prolongé, d'une diminution de rendement et de limitations fonctionnelles importantes, ce qui devra à tout le moins lui donner droit à une demi-rente d'invalidité après mesures de réadaptation. Elle persiste par ailleurs à solliciter la prise en charge de mesures professionnelles.

19. Par décision du 20 avril 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition.

20. L'assurée a interjeté recours le 24 mai 2006 contre ladite décision sur opposition. Elle reprend en substance les arguments déjà développés dans son opposition.

    Elle joint à son recours un courrier du Dr A_____ daté du 12 mai 2006, aux termes duquel l'assurée "est en effet très handicapée suite à son accident du 5 juillet 2001 et une prothèse totale du genou gauche est à discuter". Différents rapports ont été annexés à ce courrier.

21. L'OCAI a transmis ce courrier au SMR. Celui-ci considère que l'examen clinique actuel est tout à fait superposable à la dernière évaluation réalisée à la CRR en 2004, et que l'assurée présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.

    Dans sa réponse du 23 juin 2006, l'OCAI se fondant sur l'avis du SMR conclut au rejet du recours.

22. Ce courrier a été transmis à l'assurée et 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, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 entrée en vigueur le 1er janvier 2003 (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.

3. 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 328 consid. 2.2 et 2.3 ; 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI et plus particulièrement à des mesures de réadaptation professionnelle et/ou à une rente.

6. L'art. 4 LAI définit l'invalidité comme étant l'incapacité de gain qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, causée par une infirmité congénitale, une maladie ou un accident (cf. également art. 8 LPGA).

7. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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.

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale.

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.

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. 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. Dans ces trois domaines, elle représente la

diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. La définition de l'invalidité est désormais inscrite dans la loi. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient 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. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci 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 même 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. Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3).

9. En l'espèce, l'assurée a été victime d'un accident de travail le 5 juillet 2001, au cours duquel elle a subi une distorsion du genou gauche. Elle présente depuis une symptomatologie douloureuse et a subi diverses interventions, soit une méniscectomie par voie arthroscopique le 8 novembre 2001, une ostéotomie de valgisation le 14 avril 2003 et une méniscectomie externe avec ablation du matériel d'ostéosynthèse le 9 janvier 2004. Son médecin traitant a considéré qu'elle était

incapable de travailler à 100% depuis l'accident, mais qu'elle pouvait exercer une autre activité pour autant que celle-ci soit sédentaire.

Le Dr E_____, sur mandat de l'OCAI, a réalisé une expertise le 30 novembre 2004. Il en résulte qu'il n'y a aucune limitation ni au plan physique, ni au plan psychique et mental. Selon lui, les plaintes formulées par l'assurée n'ont pas d'explications orthopédiques. Il estime qu'une reconversion dans un travail assis est exigible à plein temps sans aucune diminution de rendement.

La SUVA a reconnu à l'assurée un taux d'invalidité de 24%.

Le Dr D_____, consulté lors du second séjour de l'assurée à la CRR, a déclaré que le status psychiatrique était dans les limites de la norme et qu'il n'y avait aucune pathologie psychiatrique. Il a par ailleurs écarté le diagnostic de troubles somatoformes.

Il n'est pas contesté que l'assurée ne peut plus exercer son ancienne activité depuis le 5 juillet 2001. Les médecins estiment qu'elle serait toutefois à même de travailler dans un emploi plus léger à plein temps, plus précisément depuis début janvier 2002, soit deux mois après la première arthroscopie.

C'est ainsi à juste titre que l'OCAI a procédé à la comparaison des gains entre celui que l'assurée pourrait réaliser dans le cadre d'une activité adaptée et celui d'employée chez X_____, tout en admettant un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles de l'âge de l'assurée et du nombre d'années passé au sein de l'entreprise. Le Tribunal de céans relève qu'il a, ce faisant, commis une erreur de calcul en ce sens que le résultat obtenu n'est pas de 27,5% mais de 30%. Ce taux ne justifie toutefois pas non plus le droit à des prestations AI.

10. L'assurée considère que l'OCAI aurait dû tenir compte de l'impossibilité à exercer une activité assise de manière prolongée et de ses limitations fonctionnelles importantes. Force est à cet égard de constater que même si l'on admettait un abattement un peu plus élevé, le taux d'invalidité resterait insuffisant pour avoir droit à un quart de rente.

    Le Tribunal de céans rappelle par ailleurs que l'assurée a été considérée comme incapable de travailler depuis le jour de son accident, le 5 juillet 2001; le Dr B_____ en septembre 2002 puis le Dr C_____ en décembre 2002 ont confirmé que l'incapacité totale restait justifiée. Le Dr A_____ a indiqué le 7 juillet 2003, que l'évolution à la suite de l'intervention chirurgicale du 14 avril 2003 était lentement favorable. En mars 2004, il a précisé que sa patiente pourrait d'ici un mois envisager de reprendre une activité légère à 50%. Enfin, dans le cadre du séjour à la CRR du 8 juin au 7 juillet 2004, il est constaté que la situation peut être considérée comme stabilisée.

Il apparaît ainsi que l'assurée a présenté de juillet 2001 à juillet 2004 une incapacité totale de travail. Compte tenu du délai de carence d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI, elle a dès lors droit à une rente entière depuis juillet 2002.

Cette rente sera versée jusqu'au 30 septembre 2004, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI, eu égard à la stabilisation de son état de santé et de la capacité de travail à 100% recouvrée dans une activité adaptée, constatée par les médecins de la CRR.

11. Reste à examiner si l'assurée a droit à des mesures de réadaptation professionnelle.

Selon l'art. 8 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente (art. 8 LPGA) ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (al. 1). Les assurés invalides ont droit aux prestations prévues aux art. 13, 19, 20 et 21 LAI, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels (al. 2).

Les mesures de réadaptation comprennent notamment des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; cf. art. 8 al. 2bis LAI). Le droit au reclassement professionnel suppose que l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Est invalide au sens de l'art. 17 LAI, l'assuré qui n'est pas suffisamment réadapté parce que son état de santé est tel qu'il ne permet plus d'exiger l'exercice, en tout ou partie, de l'activité antérieure. Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité; selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20 % (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références; VSI 2002 p. 109 ss, consid. 2a, 2b et 4).

12. 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). La personne assurée n'a pas droit aux meilleures mesures possibles, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesures où elle est nécessaire, mais également suffisante dans le cas d'espèce (cf. VSI 2000 p. 26).

13. En l'espèce, il a été reconnu que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 27,5%, taux suffisant pour prétendre à des mesures de réadaptation professionnelle.

L'OCAI a cependant refusé d'envisager de telles mesures, au motif qu'elles seraient inutiles, en raison du manque de motivation de l'assurée et dans la mesure où celle-ci est elle-même convaincue d'être totalement incapable de travailler.

La personne assurée doit en effet être susceptible d'être réadaptée, c'est-à-dire qu'elle doit être objectivement et subjectivement en état de suivre avec succès des mesures de formation professionnelle (Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel N° 4001 et ss.; RCC 1992, p. 386).

Dès lors, quand bien même il n'est pas contesté que des mesures de réadaptation professionnelle pourraient être prises en charge, il n'apparaît pas judicieux de mettre en place de telles mesures, l'assurée n'étant pas suffisamment motivée pour les entreprendre. Aussi le recours doit-il être également rejeté sur ce point.

Le Tribunal de céans prend par ailleurs acte de ce que l'OCAI est prêt à prendre en charge une aide au placement, si l'assurée en fait la demande (art. 18 al. 1 LAI).

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 :

2. L'admet partiellement en ce sens que l'assurée à droit à une rente entière d'invalidité de juillet 2002 à septembre 2004.

3. Le rejette pour le surplus.

4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr., à titre de participation à ses frais et dépens

5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

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