REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/28/2004 **ATAS/443/2006**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 5 avril 2006

Chambre 2

En la cause

Madame F_____,
représentée par ASSISTA TCS SA, Chemin de Blandonnet 4,
case postale 820, 1214 Vernier recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE,
rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 Genève 13 intimé

Siégeant : Monsieur Henri NANCHEN, Juge suppléant, Mesdames Doris WANGELER et Valérie MONTANI, Juges.

EN FAIT

1. Du 6 septembre 1986 au 30 juin 1990, A_____, (ci-après l'assurée) née en 1967, a travaillé, en qualité de vendeuse, au X_____.

2. En avril 1989, elle a été soignée pour un blocage du genou gauche avec d'importantes gonalgies.

3. En juin 1989, l'assurée a été opérée à l'HOPITAL DE LA TOUR d'un sarcome synovial.

4. Entre les mois d'août 1989 et janvier 1990, elle a subi une chimiothérapie ainsi qu'une radiothérapie du genou gauche.

5. Du 2 juillet 1990 au 29 février 1992, l'assurée a travaillé, en tant que collaboratrice commerciale, chez Y_____.

6. A partir du 17 juin 1992, elle a touché des indemnités journalières de l'assurance-chômage.

7. En date du 21 janvier 1993, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité visant à obtenir des mesures de réadaptation professionnelle.

8. Selon le rapport médical du 12 juillet 1993 du Dr A_____ à l'attention de la Commission AI du canton de Genève, le diagnostic suivant était posé :

   - status post compartimentectomie partielle du genou gauche pour un sarcome synovial ;

   - status post chimiothérapie et radiothérapie locorégionale ;

   - status post plastie de réduction pexiemammaire.

   Le Dr A_____ a attesté d'une incapacité totale de travailler dès le mois d'avril 1989 jusqu'au mois de mai 1990 et d'une incapacité à hauteur de 50 % à partir du mois de juin 1990. Ce médecin a ajouté que les séquelles subies par sa patiente rendaient très pénibles une station debout prolongée, souvent nécessaire dans le métier de vendeuse. Il en a dès lors conclu qu'une réorientation professionnelle permettrait de réinsérer cette dernière dans la vie active.

9. Sur mandat de la Commission AI Genève du 19 août 1993, l'Office régional AI a examiné les possibilités de réadaptation de l'assurée.

10. A teneur du rapport du 21 octobre 1993 établi par cet Office, il est fait état de la volonté de l'assurée de débuter une formation d'agente de voyages. Estimant que cette profession était compatible avec les atteintes à la santé, cet Office a proposé la prise en charge des frais de formation auprès de l'ACADEMIE DE LANGUES ET DE COMMERCE G & S ROESNER du 1er novembre 1993 au 30 juin 1995 en vue de l'obtention d'un diplôme d'agente de voyages.

11. A partir du 1er novembre 1993, l'assurée a perçu des indemnités journalières de l'assurance-invalidité.

12. Par décision du 11 février 1994, la Commission AI du canton de Genève a octroyé des mesures de réadaptation en faveur de l'assurée, consistant en la prise en charge des frais d'une formation d'agente de voyages du 1er novembre 1993 au 30 juin 1995.

13. Selon son rapport du 19 juillet 1994, l'office de réadaptation professionnel AI a encouragé l'assurée à effectuer un stage au sein d'une agence de voyages et a proposé, malgré une baisse des résultats scolaires de cette dernière, le maintien des mesures accordées jusqu'au 30 juin 1995.

14. A partir du 1er janvier 1995, le secrétariat de la Commission AI et l'Office de réadaptation professionnelle du canton de Genève ont fusionné sous le nom d'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI).

15. A teneur de son rapport du 1er février 1995, la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé le maintien des mesures en cours.

16. Dans son rapport du 28 juillet 1995, cette division a constaté que les résultats obtenus part l'assurée, arrivée au terme de sa formation, ne lui permettaient pas d'obtenir le diplôme d'agente de voyages. Cette division a donc proposé la poursuite d'une troisième année de cours à mi-temps en vue de l'obtention du diplôme ainsi que d'un stage pratique au sein d'une agence de voyages le reste du temps. La prise en charge de ces mesures a été proposée du 1er juillet 1995 au 30 juin 1996.

17. Par communication du 16 août 1995, l'OCAI a informé l'assurée de la prolongation des mesures de reclassement professionnel du 24 juillet 1995 au 30 juin 1996.

18. Dans son rapport du 1er avril 1996, la division de réadaptation professionnelle a constaté que l'assurée avait interrompu son stage pratique après quelques mois seulement et qu'elle n'était plus motivée par la poursuite de sa formation théorique. Elle a ajouté que l'assurée avait trouvé un stage non rémunéré dans une crèche du 8 janvier au 31 juillet 1996 et qu'elle souhaitait désormais travailler avec des enfants. Cette division a relevé que l'assurée n'avait non seulement pas

les qualifications requises pour entreprendre une formation d'éducatrice de la petite enfance mais également que cette profession était incompatible avec son état de santé, plusieurs activités devant s'accomplir au sol et à genou. La division a fait état du choix de l'assurée de s'orienter désormais vers l'obtention d'un diplôme de secrétaire-hôtesse, réputé plus facile. La division a averti l'assurée que si elle échouait au terme de sa troisième année de cours, l'assurance-invalidité cesserait de prendre en charge ses mesures de réorientation professionnelle.

19. A teneur de son rapport du 19 juillet 1996, la division de réadaptation professionnelle a constaté que l'assurée était arrivée au terme de sa formation au 30 juin 1996 mais qu'elle n'avait malheureusement pas obtenu le diplôme escompté. Elle a relevé que l'assurée n'avait pas le projet de refaire ses examens, ni même de persévérer dans un travail de type administratif mais qu'elle souhaitait désormais travailler dans le domaine social, dans une activité en lien avec les enfants. La division, estimant avoir donné à l'assurée la possibilité d'obtenir un diplôme dans une activité compatible avec son état de santé et mis sur pied des stages pratiques, a proposé d'accorder 60 jours d'indemnités journalières pour recherche d'emploi en faveur de l'assurée et de classer ensuite son dossier.

20. Par communication du 8 août 1996, l'OCAI a informé l'assurée qu'elle percevrait encore des indemnités journalière durant une durée maximale de 60 jours, soit du 1er juillet 1996 au 29 août 1996.

21. A partir du 1er juin 1997, l'assurée a travaillé, en qualité d'aide-hospitalière, à l'HOPITAL DE LA TOUR.

22. Dès le 1er mars 1998, l'assurée a travaillé à 75 %, toujours auprès du même employeur.

23. En date du 10 février 2000, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité visant à l'octroi d'une rente d'invalidité à 25 %.

24. Par courrier du 19 mai 2000 adressé à l'OCAI, le Dr B_____, spécialiste en médecine interne, a certifié que l'assurée était actuellement encore suivie en raison de l'affection médicale grave ayant entraîné une déformation de sa jambe gauche. Il a exposé que sa patiente restait très handicapée du point de vue de ses mouvements, ne pouvant rester debout que peu de temps dans la journée en raison d'un œdème important, ce qui engendrait une incapacité de travail dans sa profession actuelle. Au vu de ce qui précède, le médecin demandait à l'OCAI de lui adresser les formulaires de demande de rente pour une incapacité de travail à 50 %.

25. Le 3 août 2000, l'assurée a donné naissance à un fils, prénommé T_____.

26. Le 30 septembre 2000, elle a épousé Olivier F_____.

27. A teneur du rapport médical du 18 mai 2001 du Dr B_____ à l'attention de l'OCAI, ce médecin a constaté la présence d'un œdème lymphatique induré et chronique qui entraînait une baisse de la fonction de la jambe gauche de sa patiente ainsi que des douleurs chroniques. Il a ajouté que cet état provoquait une fatigue chronique et une diminution de la capacité de travail estimée à un jour par semaine, soit 20%. Ce médecin a conclu que l'activité exercée jusqu'à présent était encore exigible de manière réduite et qu'on ne pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité.

28. A partir du 11 juillet 2001, l'assurée s'est trouvée en incapacité de travail à 50 %, en raison des problèmes de santé susmentionnés, et a dès lors travaillé à 36.5 %.

29. Dès le 11 août 2001, elle a perçu des indemnités journalières de la part de son assurance perte de gain, la ZURICH, à hauteur de 50 %.

30. Selon le certificat médical du 16 juillet 2001 du Dr B_____ adressé à l'OCAI, ce médecin a exposé avoir revu sa patiente dans l'intervalle et estimé que son lymphoedème de la jambe s'était aggravé et ne lui permettait pas d'envisager une activité dépassant 50 %. Il a donc conclu à ce que le taux d'activité de l'assurée soit modifié de 80 à 50 %, faisant référence à son rapport du 18 mai 2001.

31. A teneur du rapport du 4 septembre 2001 du Dr C_____, radiologue, établi suite à une échographie du genou gauche de l'assurée, il est constaté, en premier lieu, l'absence d'élément en faveur d'une récidive tumorale, et, en second lieu, une fissure de la corne postérieure du ménisque interne.

32. Selon le rapport du même jour des Drs D_____ et E_____, également radiologues, établi suite à une IRM du genou gauche de la patiente, il est relevé, par rapport à une IRM effectuée une année auparavant, une péjoration de l'anomalie du signal au niveau de l'os spongieux (composante oedémateuse) au niveau du plateau tibial interne évoquant une discrète progression du tassement osseux. Ces médecins n'ont pas relevé d'argument en faveur d'une récidive tumorale.

33. Le 7 janvier 2002, l'assurée et son employeur conviennent d'un avenant au contrat de travail de l'employée prévoyant un taux d'activité à 70 % à partir du 1er février 2002.

34. A teneur du rapport du 26 avril 2002 du Dr B_____ à l'attention de l'OCAI, ce médecin a noté une nouvelle fois que l'état de santé de sa patiente

s'était aggravé depuis le mois de juillet 2001 : son plateau tibial s'était en effet tassé. Il a estimé qu'une reprise du travail n'était pas possible à l'heure actuelle.

35. Par courriers du 6 septembre 2002, l'Office AI Berne, mandaté par l'OCAI en raison d'une surcharge de travail, a posé certaines questions à l'assurée ainsi qu'à son médecin, le Dr B_____.

36. En date du 17 septembre 2002, l'assurée a retourné à l'OCAI son pli dûment complété, exposant que, sans atteinte à sa santé, elle exercerait une activité lucrative à 100 % depuis la naissance de son enfant.

37. Le même jour, le Dr B_____ a également retourné le pli de l'OCAI dûment complété, expliquant que sa patiente ne pourrait pas travailler à plus de 50 %, la profession d'aide-infirmière ne pouvant s'accomplir en position assise.

38. Par courrier du 25 septembre 2002, l'Office AI Berne a interrogé le Dr B_____ sur la capacité de travail de sa patiente cette fois dans une activité adaptée.

39. Par courrier reçu par l'Office AI Berne le 17 octobre 2002, le Dr B_____ a répondu que sa patiente pourrait effectivement effectuer un travail en position assise à condition que sa jambe soit surélevée faute de quoi, l'œdème lymphatique dont elle souffrait s'aggraverait de façon importante, provoquant une diminution de la capacité fonctionnelle musculaire et articulaire de cette jambe. Il a, une nouvelle fois, estimé que la capacité de travail de sa patiente était de 50 %.

40. Par décision du 26 février 2003, l'OCAI a refusé la demande de prestations de l'assurée, constatant qu'une activité devant s'exercer principalement en position debout n'était pas adaptée à son état de santé mais qu'une activité adaptée s'exerçant en position assise était parfaitement exigible. L'OCAI a relevé à ce propos que l'assurance-invalidité avait pris en charge un reclassement professionnel et que c'était pour des raisons personnelles que l'assurée n'exerçait pas une telle activité.

41. Par lettre signature du 11 mars 2003, ASSISTA TCS SA a formé, au nom et pour le compte de son assurée, une opposition provisoire à cette décision et a demandé à recevoir une copie de l'intégralité du dossier.

42. Par lettre signature du 26 mars 2003, l'Office AI Berne a adressé à l'assurée une copie de son dossier et l'a invitée à le lui retourner d'ici le 9 avril 2003.

43. Par lettre signature du 15 avril 2003, l'Office AI Berne a invité à nouveau l'assurée à lui retourner son dossier et à lui indiquer si elle maintenait son

opposition, cas échéant, elle lui a imparti un délai au 19 mai 2003 afin de compléter sa motivation.

44. Par lettre signature du 17 avril 2003, l'assurée a retourné le dossier à l'Office AI Berne et a relevé que si elle avait déposé une deuxième demande en 2000, c'était en raison d'une aggravation de son état de santé. Elle a ajouté que son activité professionnelle actuelle pouvait être partiellement maintenue. Enfin, elle a demandé à ce que son dossier soit à nouveau soumis au service juridique de l'OCAI, estimant que certains éléments avaient été négligés.

45. Par lettre signature du 8 mai 2003, l'Office AI Berne a maintenu sa décision et a imparti à l'assurée un délai au 10 juin 2003 afin de motiver son opposition.

46. Ce délai a été prolongé au 17 juin 2003 sur demande de l'assurée.

47. Par lettre signature du 17 juin 2003, l'assurée a complété son opposition.

    Elle a tout d'abord relevé que l'invalidité devait être examinée en vertu de l'article 16 de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA)

    s'agissant de l'activité professionnelle et selon l'article 27 LPGA concernant l'activité ménagère. L'évaluation de l'invalidité, selon l'assurée, devait se faire selon la méthode mixte. Elle a relevé que c'étaient les circonstances qui prévalaient au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente qui étaient déterminantes pour procéder à la comparaison des revenus, soit celles du mois de juillet 2002. Elle a ensuite exposé s'être trompée en remplissant le questionnaire soumis par l'Office AI Berne en date du 6 septembre 2002 : même si elle avait répondu vouloir travailler à 100 % depuis la naissance de son enfant, elle entendait le 100 % de son activité habituelle depuis 1998, soit 70 %. Elle a relevé par ailleurs que la valeur probante des pièces médicales établies par le Dr B_____ n'était pas remise en question et que d'ailleurs il n'y en avait pas d'autres. Elle a en outre expliqué que même dans une activité avec une position assise, compte tenu de la position surélevée exigée pour la jambe gauche, l'incapacité de travail serait de 50 %, donc de 35 % sur cette partie. Dans le cadre de l'activité ménagère, l'incapacité de travail devait être encore supérieure, compte tenu des nombreuses tâches nécessitant une position debout, soit un taux de 50 %. Elle a enfin relevé que la gestion du dossier était lacunaire et ne permettait pas de déterminer son degré d'invalidité avec une exactitude élevée.

    Au vu de ces éléments, l'assurée a conclu principalement à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi à l'instance inférieure afin de compléter l'instruction, notamment en recourant à un médecin expert indépendant pour

déterminer sa capacité de travail sur le plan professionnel. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité sur la base d'un taux minimal de 40 %.

48. Par courrier du 22 juillet 2003 de la ZURICH adressé à l'Office AI Berne, cette Compagnie d'assurances n'a pas souhaité se prononcer sur l'opposition formulée par Carmela F_____.

49. Par décision sur opposition du 10 décembre 2003, l'OCAI a confirmé sa décision du 26 février 2003.

    Cet Office a relevé que l'activité d'aide soignante n'était pas adaptée à l'état de santé de l'assurée alors que l'activité dans un bureau l'était parfaitement puisque rien n'empêchait l'assurée de travailler en position assise en surélevant sa jambe gauche. L'Office relevait qu'un reclassement professionnel avait déjà eu lieu et que l'assurée n'avait pas souhaité persévérer dans un travail de type administratif, non pour des raisons de santé, mais par manque de motivation. L'Office en a déduit que dans une activité adaptée, telle que proposé alors que l'assurée était en formation à charge de l'assurance-invalidité, il n'existait aucune incapacité et a donc rejeté l'opposition.

50. Par lettre signature du 9 janvier 2004, l'assurée a formé recours contre cette décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS).

    Elle a repris les conclusions formulées dans son opposition motivée du 17 juin 2003 et a exposé, à leur appui, les mêmes arguments que ceux développés précédemment.

51. La cause a été enregistrée auprès du TCAS sous la référence A/28/2004.

52. A teneur du mémoire réponse reçu par le TCAS le 18 février 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours en renvoyant en substance à ses arguments développés dans sa décision sur opposition du 10 décembre 2003. Cet Office a contesté l'application de la LPGA considérant que c'était le moment où la décision avait été rendue qui était décisif. Ensuite, il a relevé que l'assurée ne démontrait pas pourquoi elle ne pourrait pas travailler dans un bureau. Enfin, il concluait qu'après un reclassement professionnel, il n'y avait plus d'incapacité de gain et que les conditions d'application des articles 7 et 8 LPGA n'étaient donc pas réalisées.

53. Par lettre signature du 4 mars 2004, la recourante a maintenu ses conclusions.

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).

2. 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 2004, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, et ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

3. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) du 15 juin 1959

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

5. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 60 LPGA).

6. In casu, le recours porte sur le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité et, cas échéant, sur la méthode d'évaluation de cette invalidité.

7. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

   L'invalidité au sens de cette disposition est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé

physique ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (revenu d'invalide), est comparée au revenu qu'il pourrait obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité ; art. 28 al. 2 LAI). Le Conseil fédéral édictera des prescriptions complémentaires sur l'évaluation de l'invalidité, notamment pour les assurés qui n'avaient pas d'activité avant d'être invalide (art. 28 al. 3 LAI). Se fondant sur cette disposition légale, le Conseil fédéral a édicté les art. 27 et 27bis RAI.

Selon l'art. 27 RAI, pour évaluer l'invalidité d'un assuré n'exerçant pas d'activité lucrative au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, on effectue une comparaison des activités et on cherche à établir dans quelle mesure l'intéressé est empêché d'accomplir ses travaux habituels (méthode spécifique ; al. 1). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, on entend l'activité usuelle dans le ménage et l'éducation des enfants (al. 2).

En vertu de l'art. 27bis al. 1 RAI, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon l'art. 28 al. 2 LAI. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels au sens de l'art. 5 al. 1 LAI, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 RAI pour cette activité. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité).

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré d'une vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c ; 117 V 194 ss consid. 3b et références citées).

8. En l'espèce, la recourante explique que, depuis sa première demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité, son état de santé s'est péjoré, raison pour laquelle elle conclut au versement d'une rente d'invalidité. Elle estime par ailleurs que cette rente doit être calculée selon la méthode mixte.

La question du choix de la méthode d'évaluation d'invalidité (méthode générale des revenus ou méthode mixte) peut cependant rester ouverte dès lors que quel que soit le mode de calcul utilisé, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité

9a Application de la méthode générale de comparaison des revenus.

S'agissant de la prétendue diminution de la capacité de travail et de gain de la recourante, il convient en premier lieu de relever que cette dernière a bénéficié de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité de 1993 à 1996. La recourante a en effet, conformément à ses souhaits, obtenu la prise en charge des frais de formation visant à obtenir un diplôme d'agente de voyages, profession qui était compatible avec son atteinte à la santé. Elle a également eu l'occasion d'effectuer des stages pratiques dans des agences de voyages.

La recourante n'a cependant jamais travaillé dans ce domaine, ayant échoué aux examens finaux et n'ayant pas souhaité persévérer dans cette voie, voulant travailler désormais dans le domaine social.

Le fait que la profession d'aide hospitalière, exercée par l'assurée lorsqu'elle a déposé sa seconde demande de prestations AI, ne soit nullement adaptée à son état de santé et ne lui permette pas de travailler à 100 %, n'est pas contesté. Le médecin traitant de la recourante, le Dr B_____, a d'ailleurs estimé la capacité de travail de sa patiente à 50 % dans cette profession.

La recourante ayant bénéficié de mesures de réadaptation, il s'agit plutôt de déterminer sa capacité de travail dans la profession d'agente de voyages.

A ce propos, le Dr Claude B_____ a affirmé, dans un courrier reçu le 17 octobre 2002 par l'Office AI Berne, que sa patiente pourrait travailler en position assise à condition que sa jambe soit surélevée.

Or, ces limitations sont tout à fait compatibles avec la profession d'agente de voyages.

La recourante peut donc exercer cette profession à 100 % et préserver ainsi sa capacité de gain.

9b. Application de la méthode mixte, soit une activité professionnelle à 70% et ménagère à 30%.

Conformément à ce qui a été dit (consid. 9a) la recourante doit être reconnue capable de travailler dans l'activité d'agente de voyages à 70%. Elle estime que son incapacité dans les tâches ménagères est de 50%. Or même l'on admettait une telle incapacité à effectuer les tâches ménagères (à 30%), le degré de 15%

(soit 50% x 15%) d'invalidité auquel on aboutit est insuffisant pour ouvrir le droit à de prestation d'invalidité.

9c. C'est dès lors à raison que l'OCAI a rejeté la demande de prestations de la recourante. On ne saurait octroyer une rente à une assurée réadaptée qui refuse, pour des motifs d'ordre personnel, d'exercer une profession adaptée à son état de santé, qu'elle a de surcroît elle-même choisie.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision litigieuse confirmée, sans qu'il ait été nécessaire d'examiner la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable à la recourante.

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. Le rejette.

3. Dit que les parties 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 qu'elle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs le recourant estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter la signature du recourant ou 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 au mémoire s'il s'agit de pièces en possession du recourant. Seront également jointes au mémoire la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	Juge suppléant :
Pierre RIES	Henri NANCHEN

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