

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3320/2009

ATAS/22/2011

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 23 décembre 2010

En la cause

Madame F _____, domiciliée au Grand-Lancy, comparant
par Maître Michael RUDERMANN en l'Étude de qui elle élit do-
micile

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis 97, rue de Lyon, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
LUZZATTO, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1966, Madame F _____ (ci-après l'assurée) est titulaire d'un baccalauréat commercial. Elle a travaillé à compter du 24 juin 1996 pour X _____ SA (ci-après l'employeur) en qualité de vendeuse de prêt-à-porter féminin pour un revenu annuel brut de 60'197 fr. 65 en 2002, qui aurait été augmenté à 62'000 fr. en 2004.
2. En novembre 2000, l'assurée a fait une chute à ski. Quelques jours plus tard, alors qu'elle faisait du vélo, elle a ressenti de vives douleurs qui l'ont amenée à consulter. Une déchirure de grade III atteignant la surface inférieure de la corne postérieure du ménisque interne gauche a alors été diagnostiquée.
3. Le 15 décembre 2000, le Dr L _____ a procédé à une méniscectomie arthroscopique.
4. Suite à une déchirure itérative, une reprise a été effectuée le 15 janvier 2001 par le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique.
5. L'assurée a ensuite repris son activité professionnelle, d'abord à mi-temps durant deux semaines, puis à plein temps.
6. Le 25 novembre 2002, alors qu'elle jouait aux quilles, l'assurée a été victime d'une nouvelle chute qui a entraîné une hyper-flexion et une nette exacerbation des douleurs résiduelles au genou gauche. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) a révélé la présence d'une arthrose fémoro-tibiale débutante sur ostéochondrose post-déchirure méniscale interne.
7. Le 31 mars 2003, le Dr M _____ a procédé à une ostéotomie de valgisation proximale du tibia gauche.
8. Le 10 novembre 2003, l'assurée a tenté de reprendre son poste à mi-temps mais cela s'est traduit par des douleurs aux niveaux des lombaires et du bas de la jambe gauche qui ont amené l'assurée à cesser le travail à compter du 14 novembre 2003.
9. Le 3 février 2004, le Dr N _____, radiologue, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (IRM) qui a mis en évidence une discarthrose débutante L5-S1 sous forme d'un pincement postérieur et des troubles de la statique de la colonne lombaire sur raccourcissement du membre inférieur droit de quinze millimètres par rapport au membre inférieur gauche et bascule du bassin à droite.
10. Le 1er mars 2004, le Dr O _____, chirurgien orthopédique mandaté pour expertise par l'assureur-accidents de l'intéressée, a établi un rapport dans lequel il a retenu les diagnostics suivants : status après méniscectomies arthroscopiques au genou gauche, status après ostéotomie de valgisation du tibia gauche avec effet

d'allongement du membre inférieur et dorso-lombalgies posturales sur bascule du bassin. Le médecin a constaté que l'assurée ne pouvait pas rester debout ou assise plus de trente minutes, marcher plus de deux cents mètres, porter plus de cinq kg, piétiner, monter ou descendre des escaliers ou encore conduire un véhicule. Le médecin a conclu que l'assurée était désormais dans l'incapacité totale d'exercer son activité de vendeuse mais qu'en revanche, il était exigible de sa part qu'elle exerce une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, dont le médecin a cependant reconnu qu'elle serait "peu facile à trouver au vu des limitations". Selon lui, un taux d'invalidité permanente de 25% était prévisible.

11. Le 26 mars 2004, l'assurée a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) une demande de prestations sous la forme d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'une rééducation dans la même profession ou d'une rente. Elle alléguait notamment n'avoir été, à l'origine, victime que d'une « simple » déchirure du ménisque gauche et rendait le Dr M_____ responsable de l'aggravation de son état.
12. Par décision du 23 avril 2008, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 1er novembre 2003 au 30 juin 2004.

Cette décision a été rendue au terme d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les documents suivants :

- un rapport établi le 10 mai 2004 par le Dr P_____, spécialiste en chirurgie et médecin traitant de l'assurée, retenant les diagnostics d'arthrose du genou gauche, de suspicion d'un début d'algoneurodystrophie et de status après méniscectomie itérative et ostéotomie du tibia; le médecin décrivait une patiente en bonne santé, ayant traversé par le passé un épisode dépressif et ayant rencontré un problème gastrique avec ulcère traité par Antra; il a ajouté qu'au vu des problèmes de sa patiente, il avait mis cette dernière sous Séropram; le médecin concluait à une totale incapacité à exercer l'activité de vendeuse depuis le 25 novembre 2002, ajoutant qu'il n'était toutefois pas inenvisageable que l'intéressée, en fonction de l'évolution de son état, puisse, à terme, reprendre une activité dans une profession permettant d'alterner les positions;
- un rapport établi à l'intention de l'assureur-accidents le 4 avril 2005 par le Dr Q_____, spécialiste en chirurgie du rachis, dont il ressort qu'avait été mise en évidence une inégalité de longueur des membres inférieurs de l'assurée d'un centimètre et demi, compensée par une talonnette d'environ huit à dix millimètres et que le déséquilibre du tronc sur la droite était plus important que l'inégalité de longueur des membres inférieurs; la position de l'assurée, le plus souvent bien équilibrée lors-

qu'elle était assise, se péjorait en position debout; la palpation des points douloureux de fibromyalgie était en outre sensible, en tout cas aux niveaux de la ceinture scapulaire, du bassin et des pieds; les réflexes ostéo-tendineux étaient présents, sauf au niveau du genou gauche; le Dr Q_____ déconseillait toute nouvelle intervention; il émettait l'avis que l'inégalité de longueur des membres inférieurs devait préexister à l'ostéotomie, laquelle n'avait pu entraîner un allongement aussi conséquent, à moins d'une différence d'angle en préopératoire extrêmement importante; en conclusion, le médecin préconisait une prise en charge spécialisée pour la fibromyalgie (physiothérapie en eau chaude, antalgiques anti-inflammatoires, antidépresseurs, magnésium) et la reprise progressive d'une activité;

- un rapport établi à l'intention de l'assureur-accidents le 19 avril 2005 par le Dr O_____, décrivant la patiente comme fatiguée et déprimée, marchant sans canne et avec une boiterie modérée, se tenant penchée sur le côté droit en position assise et pouvant rester ainsi trente minutes sans changer de position; le médecin a qualifié la persistance de la torsion du rachis dans cette position d'inexplicable; en revanche, il a admis que la déviation posturale du rachis dorsolombaire entraînée par la position debout était difficile à corriger malgré une cale de vingt millimètres à droite; le médecin a émis l'avis qu'il y avait très probablement une composante affective et cognitive de la douleur car, malgré la durée et l'intensité des plaintes, il n'avait objectivement observé qu'une amyotrophie modérée et avait en revanche noté un gain de mobilité en flexion de plus de 30° pour le genou gauche; les plaintes de l'assurée étaient moins importantes qu'un an auparavant; certaines données semi-objectives comme le périmètre de marche et les postures s'étaient bien améliorées et la boiterie était nettement moins prononcée; persistaient cependant trois facteurs indéniables : des douleurs à l'effort et à la mobilisation du genou gauche - dont l'origine était peu claire -, une composante mécanique par allongement excessif et des cervico-dorso-lombalgies sur une attitude scoliotique difficile à corriger, liée partiellement au raccourcissement, le tout dans un contexte de revendications assez marqué; contrairement au Dr Q_____, le Dr O_____, se basant sur la mesure des segments avant et après l'intervention, a émis l'opinion que l'inégalité de longueur des membres inférieures était postérieure à l'ostéotomie; il a conclu à une légère amélioration sur les plans objectif et subjectif au niveau du genou gauche et à une dégradation pour le reste, sous forme de cervico-dorso-lombalgies, voire de fibromyalgie; selon lui, l'assurée était toujours dans l'incapacité totale d'exercer l'activité de vendeuse; en revanche, d'un point de vue strictement orthopédique, il

était exigible de sa part qu'elle exerce à 50% une autre activité professionnelle, « difficile à trouver, mais pas impossible ».

- un rapport d'expertise multidisciplinaire établi à l'intention de l'assureur-accidents le 8 février 2006 par les Drs R_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et S_____, spécialiste en psychiatrie; le rhumatologue y constatait que le diagnostic de fibromyalgie devait être écarté, seuls huit points sur dix-huit étant positifs, qu'hormis au niveau des genoux, les articulations périphériques étaient parfaitement mobiles, sans signes d'inflammation ou de déformations arthrosiques et sans limitations fonctionnelles et qu'au niveau du genou gauche, la flexion et l'extension n'avaient pu être évaluées en raison des douleurs; l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de status après deux méniscectomies internes par voie arthroscopique du genou gauche, de status après ostéotomie de valgisation du tibia gauche avec allongement du membre inférieur gauche, d'arthrose fémoro-tibiale interne débutante du genou gauche, de séquelles d'algodystrophie interne du genou gauche et de dorso-lombalgies chroniques sur bascule du bassin dextro-convexe de trois centimètres; il a conclu que le genou gauche de l'assurée, bloqué à 30°, justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35% et que les affections de la colonne vertébrale et l'intensité particulière des algies rachidiennes liées aux troubles statiques induits par l'opération sur le membre inférieur gauche justifiaient quant à elles une indemnité de 5% au maximum, soit une indemnité globale pour atteinte à l'intégrité de 40%; quant au Dr S_____, il a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive (F43.2 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]), en rémission, au motif qu'à la fin de l'année 2003 et surtout en 2004, l'assurée avait souffert d'une surcharge psychique se manifestant sous forme de colère teintée de revendications et d'éléments dépressifs; ce trouble de l'adaptation avait été traité par médication psychotrope; restait cependant une atteinte marquée de l'image de soi, s'expliquant en partie par des traits de personnalité perfectionnistes et narcissique relativement marqués; l'expert psychiatre a écarté toute limitation fonctionnelle due à des troubles psychiques;
- un rapport d'expertise établi le 28 juin 2006 par les Drs T_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, et U_____, spécialiste en psychiatrie, retenant à titre de diagnostics : des gonalgies gauches sur gonarthrose interne post-traumatique, possible algodystrophie au décours et inégalité de longueur des membres inférieurs d'environ quinze millimètres entraînant des douleurs rachidiennes sur trouble statique compensateur et un trouble dépressif récurrent, en rémission incomplète (F33.4); était également mentionné, tout en précisant qu'il était sans répercussions sur la capacité de travail de l'assurée : un syndrome dou-

loureux somatomorphe persistant (F45.4) ou de trouble de conversion (F44); il était relaté que l'assurée se plaignait essentiellement de douleurs clairement mécaniques du compartiment interne et antérieur du genou gauche, mais également lors de la flexion - limitée à 90° -; il était observé que l'inégalité de la longueur des membres inférieurs entraînait une bascule du bassin vers la droite avec une importante posture compensatoire du tronc et des douleurs de la région musculaire para-vertébrale gauche, des muscles fessiers et des cervicales; étaient constatés à l'examen clinique : une différence de longueur des membres inférieurs d'environ vingt millimètres et un important raccourcissement musculaire localisé avec des contractures, dont les experts ont indiqué qu'ils expliquaient le fait que la scoliose persiste même en position assise alors qu'elle s'effaçait entièrement lors de l'inclinaison du tronc en avant; l'évaluation psychiatrique a mis en évidence des traits dépressifs et un manque de moyens psychiques pour gérer les difficultés; les experts ont indiqué que si l'abondance de la symptomatologie douloureuse évoquait le diagnostic de trouble douloureux somatomorphe, le déséquilibre de la posture - qui allait largement au-delà de ce que l'inégalité de longueur des jambes aurait laissé attendre - de même que le maintien, à part quelques abandons, de cette posture par l'assurée en position assise - où cette torsion n'avait pas lieu d'être - militaient en faveur du diagnostic différentiel de troubles de conversion (ou troubles dissociatifs); les experts ont conclu que si l'activité de vendeuse de prêt-à-porter n'était effectivement plus exigible, pas plus que toute activité nécessitant une position debout prolongée, des déplacements et le port fréquent de charges, il était en revanche exigible de l'assurée qu'elle exerçât une activité se pratiquant en position assise et permettant l'alternance des positions, étant précisé que la position assise ne pouvait cependant être maintenue plus d'une heure, eu égard au raccourcissement et aux contractures musculaires, ce à quoi pourrait remédier une rééducation intensive de deux ou trois semaines en milieu hospitalier; s'agissant du genou, les experts ont précisé qu'il fallait s'attendre à long terme, à une évolution vers l'arthrose; en conséquence, les experts ont conclu qu'une activité adaptée devrait dans un premier temps se limiter à cinq heures par jour en raison de l'atteinte psychique avant de pouvoir être exigée à plein temps une fois cette dernière en rémission;

- un courrier adressé le 17 juillet 2006, à l'assureur-accidents par le Dr R_____, indiquant que l'examen clinique réalisé trois jours plus tôt s'était révélé entièrement différent de celui auquel il avait procédé dans le cadre de l'expertise du 8 février 2006 - puisque l'examen du genou gauche de l'assurée avait pu être mené à terme -, qu'aux dires de l'intéressée, la symptomatologie empirait au fil du temps, mais que

l'examen fonctionnel des membres inférieurs avait mis en évidence la possibilité de plier le genou gauche à 120° et de s'accroupir de manière bilatérale et symétriquement jusqu'à 90° ; l'assurée avait en outre été à même de sautiller une fois sur le membre inférieur gauche et de s'accroupir à l'aide de sa seule jambe droite en étendant sa jambe gauche en avant; pour le reste, une héli-négligence de la jambe gauche avait été constatée, comme si le cerveau de l'assurée ne la reconnaissait pas; le médecin a revu en conséquence son appréciation de l'atteinte à l'intégrité à 5% au maximum;

- un courrier adressé le 15 décembre 2006 à l'OAI par le Dr R_____ expliquant qu'en février 2006, l'assurée était incapable de rester debout de façon prolongée, de s'accroupir ou encore de gravir ou de descendre des escaliers, qu'en revanche, en juillet 2006, il avait constaté qu'elle était capable de s'accroupir de manière bilatérale et symétrique jusqu'à 90° et de sautiller une fois seulement sur le membre inférieur gauche; le médecin confirmait donc l'incapacité totale de l'intéressée à exercer un activité de vendeuse mais émettait l'avis que, moyennant une bonne couverture d'antalgiques, l'assurée pourrait en revanche exercer une activité adaptée c'est-à-dire s'exerçant en position assise ou assise alternée;

- un rapport établi à l'intention de l'assureur-accidents, par le Dr V_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, en date du 18 décembre 2006 (pce 147 OAI), retenant les diagnostics d'arthrose fémoro-tibiale de degré moyen et de scoliose, dont il a indiqué qu'elle pré-existait à l'accident du mois de novembre 2000 mais avait été aggravée par l'allongement du membre inférieur gauche; le médecin concluait à une atteinte globale de l'intégrité de l'assurée de 25%;

- un avis émis le 29 janvier 2007 par le service médical régional AI (SMR) concluant à une capacité de travail de 80% s'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire, en position assise; le SMR écartait la baisse de rendement de 30% accordée par les experts pour raison psychique, au motif qu'elle ne se justifiait pas au regard du diagnostic de trouble dépressif en rémission incomplète (basé essentiellement sur l'anamnèse, laquelle était en contradiction avec les conclusions de l'examen clinique) mais reconnaissait en revanche une diminution de rendement de 20% en raison de la lenteur, du manque d'habileté et de la gêne consécutifs au syndrome douloureux et à la prise régulière d'antalgiques; selon le SMR, cette capacité de travail devait être considérée comme exigible depuis le 1er mars 2004, début de l'aptitude à la réadaptation tel que définie par le Dr O_____;

- un rapport établi le 19 avril 2007 à la demande de l'assurée par le Dr W_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, confirmant que l'assurée avait souffert d'un recurvatum (une déformation) des deux genoux, de l'ordre de 10 à 12° de chaque côté et que la correction de ce recurvatum avait entraîné un trouble statique majeur du bassin en position debout; à l'examen clinique, le Dr W_____ avait constaté que le trouble statique rachidien disparaissait lorsque l'assurée était assise sur un plan dur, jambes pendantes, le bassin devenant parfaitement horizontal; une discussion avec le Dr Q_____ et l'étude commune des différentes mensurations cliniques et radiologiques avait conduit à l'hypothèse que l'assurée avait depuis longtemps un fémur gauche plus long d'environ sept millimètres puisque l'opération chirurgicale n'avait pu allonger le tibia de plus de sept ou huit millimètres; le déséquilibre pelvien fonctionnel important était donc la conséquence de la correction du recurvatum à gauche; bien que l'inégalité de longueur fonctionnelle des membres inférieurs soit compensée par trois centimètres et demi sous le talon droit, l'assurée, bien que son état se soit nettement amélioré, souffrait toujours de migraines et de douleurs aux épaules et à la nuque; un examen spécialisé avait écarté toute composante neurologique; le Dr W_____ préconisait de tenter d'éliminer fonctionnellement le recurvatum du genou sain en adaptant une orthèse sur ce genou; il relevait qu'en position assise, sans mise en charge, le trouble fonctionnel des membres inférieurs était éliminé, que le bassin devenait horizontal et que le rachis reprenait une position verticale, et en concluait qu'une activité s'exerçant essentiellement en position assise serait envisageable après une réadaptation correctement menée et l'apprentissage d'une nouvelle profession.; compte tenu du fait que l'assurée était en arrêt depuis cinq ans, il préconisait de ne reprendre tout d'abord qu'à 50% au maximum afin de lui permettre de redonner au rachis une musculature équilibrée et harmonieuse;

- un avis émis le 8 juin 2007 par le Dr W_____, exposant en substance que le SMR s'était livré à une interprétation erronée de son rapport d'expertise dont il ressortait clairement que l'exigibilité d'une capacité de travail de 50% était soumise à la condition que la réadaptation fût bien conduite, ce qui ne pouvait être le cas que si le traitement préconisé en accord avec le Dr Q_____ était préalablement mis en place, ce qui n'avait pas été le cas; le médecin expliquait par ailleurs que son évaluation de la capacité de travail n'était aucunement motivée par le déconditionnement au travail, mais seulement par ses constatations cliniques et radiologiques, et sur l'opinion particulièrement avisée du Dr Q_____; il ne fallait comprendre sa remarque sur le déconditionnement de la patiente que comme une réflexion annexe, destinée à rendre

attentif aux éventuelles difficultés qui pourraient se présenter lorsque l'état de santé de l'intéressée se serait amélioré, ce qui n'était pas encore le cas;

- un rapport établi par le service de réadaptation de l'OAI le 17 septembre 2007 concluant que l'assurée, qui avait d'emblée exprimé son désaccord avec l'évaluation du SMR et était encore en conflit avec le chirurgien qui l'avait opérée n'était pas encore capable de « tourner la page », et d'envisager une réorientation professionnelle et que dans ces conditions, et bien que son degré d'invalidité ait été fixé théoriquement à 37% et lui ouvre droit à une mesure d'orientation professionnelle, une telle mesure n'était pas envisageable pour l'instant;

- la décision rendue par l'assureur-accidents en date du 17 octobre 2007 d'octroyer à l'assurée une rente de 41,3 % à compter du 1er octobre 2007, ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 35% (augmentée, sur opposition, à 40% par décision du 17 janvier 2008), décision annulée suite au recours interjeté par l'assurée;

- une attestation établie le 24 février 2008 par le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et psychothérapeute traitant de l'assurée, faisant mention d'un état dépressif sévère consécutif aux interventions chirurgicales pratiquées en 2000 et 2003, expliquant que ce diagnostic était difficile à établir car masqué par les plaintes physiques de l'assurée et par la difficulté de celle-ci à avouer son état;

- un rapport d'expertise établi le 5 mars 2008 par le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, sur mandat de l'OAI, concluant à un trouble dépressif majeur récurrent, état actuel moyen (F33.1), sans répercussions sur sa capacité de travail; l'expert a observé de la tristesse et une perte d'intérêt; en revanche, il n'a objectivé aucune difficulté à penser et à se concentrer;

- un rapport établi le 14 avril 2008 par le Dr Q_____ à la demande de l'assurée, faisant état d'asymétries et anomalies liées à l'inégalité de longueur des membres inférieurs et de douleurs globales importantes au niveau de la colonne cervicale, des épaules et des bras, préconisant un bilan des douleurs et une prise en charge par le Service de rééducation locomotrice.

13. Le 22 mai 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision de l'OAI en concluant principalement à son annulation, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour nouvelle décision.

La recourante, s'appuyant sur l'avis du Dr W _____, alléguait ne disposer que d'une capacité de travail de 50% tout au plus et ce, après une réadaptation médicale et une reconversion professionnelle.

Elle relevait que, dans son rapport d'expertise du 19 avril 2005, le Dr O _____ avait reconnu que si, sur le plan strictement orthopédique, une capacité de travail de 50% était envisageable, une activité professionnelle lui semblait difficile à trouver. Constatant que la situation n'étant pas différente de celle qui avait prévalu avant le 1er mars 2004, la recourante en tirait la conclusion que son taux d'invalidité n'avait pas varié.

14. L'intimé ayant suggéré d'admettre partiellement le recours et de reprendre l'instruction, le Tribunal cantonal a rendu un arrêt en ce sens le 4 septembre 2008.
15. Interpellé par l'OAI, le Dr C _____ a rendu en date du 17 novembre 2008 un rapport retenant les diagnostics de gonarthrose gauche post-traumatique, de scoliose sur bascule du bassin, de lombalgies et d'état dépressif grave réactionnel présent depuis 2000 et concluant à une capacité de travail nulle depuis 2003 et pour une durée indéterminée, voire définitivement. Le médecin a préconisé un « recyclage » dans un domaine à déterminer avec l'intéressée afin de permettre à cette dernière de retrouver une activité adaptée, à 50% au maximum, tout en réservant fortement son pronostic.
16. Dans un rapport rédigé le 19 novembre 2008, le Dr A _____ a confirmé que l'assurée, suivie sur le plan psychothérapeutique depuis trois ans, traversait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2).
17. Le Dr Q _____, dans un rapport daté du 8 décembre 2008, a confirmé les diagnostics d'inégalité fonctionnelle des membres inférieurs de trois centimètres et demi, de status après chirurgies multiples au niveau du genou droit (recte : gauche), de gonarthrose interne gauche et de troubles statiques du rachis avec bascule du bassin. Il a également mentionné celui d'atteinte fibromyalgique, tout en précisant qu'il était sans répercussions sur la capacité de travail de l'intéressée. Le médecin a évoqué la possibilité d'un traitement symptomatique (un soutien physiothérapeutique pour retrouver un équilibre du rachis, bien que la longueur et la chronicisation du déséquilibre fissent croire que ce traitement ne serait pas très efficace). Pour le surplus, il a attesté d'une totale incapacité de travail depuis 2002. S'agissant de l'éventualité que l'assurée puisse exercer une activité adaptée, le Dr Q _____ a recommandé de procéder à une évaluation par un adaptateur professionnel qui « devrait voir pour proposer à cette patiente une activité au moins à temps partiel, assise ».
18. Mandaté par l'assureur-accidents, le Dr W _____ a établi un nouveau rapport en date du 22 avril 2009, dont il ressort notamment ce qui suit.

Le 29 janvier 2009, le Dr C _____ a informé le Dr Q _____ qu'en décembre 2008, la recourante avait enfin reçu une attelle du membre inférieur droit pour corriger son recurvatum ; la suite pouvait être considérée comme spectaculaire, avec correction des troubles statiques du bassin associés à une démarche équilibrée et, surtout, disparition des douleurs de l'appareil musculo-squelettique vertébral et des membres inférieurs.

Le Dr W _____ a expliqué avoir suggéré, en avril 2007, d'éliminer le recurvatum à droite par une orthèse externe. Ce conseil avait finalement été suivi en novembre 2008 : l'appareil avait été confectionné et adapté en décembre 2008 et, presque immédiatement, la recourante avait déclaré se retrouver dans son corps, comme auparavant, ce qui confirmait le résultat spectaculaire décrit par les Drs C _____ et A _____.

À la consultation du 10 mars 2009, la recourante lui a confirmé avoir mieux marché à compter du moment où elle a pu bénéficier de l'attelle. Cette dernière a corrigé la statique fonctionnelle mais, en raison du fait que l'assurée pouvait désormais mettre davantage de poids sur le côté gauche, les douleurs au genou de ce côté étaient plus importantes et les démarrages difficiles. L'assurée se plaignait d'une sensation permanente de brûlure au niveau de l'interligne interne du genou gauche, sensible aux conditions atmosphériques, de nombreux craquements intra-articulaires, d'une impression d'insécurité à la marche et, parfois, de blocages, raison pour laquelle elle estimait que l'état de son genou gauche se péjorait lentement. Le trouble statique réapparaissait dès qu'elle ôtait son attelle.

Au terme de l'examen clinique et radiologique, le Dr W _____ a retenu les mêmes diagnostics qu'en avril 2007, soit une gonarthrose interne gauche évidente et un trouble statique fonctionnel rachidien très important avec bascule du bassin à droite, corrigé depuis décembre 2008 par le port d'une orthèse anti-recurvatum articulée.

En conclusion, le Dr W _____ a conclu à un déséquilibre fonctionnel majeur survenu postérieurement à l'opération pratiquée en mars 2003. La dernière radiographie, réalisée en mars 2009, montrait que l'évolution se poursuivait vers un pincement articulaire interne de plus en plus marqué ; à la longue, une prothèse du genou devrait probablement être envisagée.

L'expert a émis l'avis qu'en l'état et théoriquement, une activité s'exerçant en position assise, n'impliquant ni port de charges ni position accroupie, permettant de changer régulièrement de position pourrait être envisagée à 50% après une réadaptation. Le médecin a justifié ce taux d'occupation par la nécessité de permettre des mesures thérapeutiques conservatrices telles que physiothérapie, cures thermales et médicaments. Il a précisé qu'une stabilisation de l'état de l'assurée n'était pas à prévoir avant de nombreux mois ou années.

19. Le dossier de l'assurée a été soumis au SMR qui a émis l'avis que l'assurée devait se voir reconnaître une capacité de 50% dans une activité adaptée.
20. Le 28 mai 2009, le Service de réadaptation de l'OAI a considéré que des mesures d'orientation professionnelle n'étaient pas envisageables et que le degré d'invalidité devait être fixé à 65%.
21. Après avoir adressé à l'assurée un projet de décision le 8 juin 2009, contesté par lettres des 15 et 19 juin suivant, l'OAI a, par décision du 6 août, notifiée le 11 août 2009, reconnu à l'assurée le droit à une rente entière limitée dans le temps à la période du 1er novembre 2003 au 30 septembre 2004 et à un trois quarts de rente à compter du 1er octobre 2004.
22. Le 14 septembre 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant, avec suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI s'agissant de la période postérieure au 30 septembre 2004 et à l'octroi d'une rente entière au-delà, ainsi qu'à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle.

À l'appui de ses conclusions, la recourante fait valoir en substance que, selon le rapport du Dr W _____ et en l'absence de mesures de réadaptation professionnelle, sa capacité de travail est toujours radicalement nulle.

Elle ajoute que si elle s'est opposée à la mise sur pied de mesures de réadaptation, en septembre 2007, c'est parce que l'intimé la considérait alors comme capable d'exercer à 80% une activité adaptée.

23. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 octobre 2009, a conclu au rejet du recours.

Il rappelle que la tâche du médecin se limite à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à préciser dans quelle mesure et dans quelles activités celui-ci est capable de travailler et non à traduire des données médicales sur le plan juridique. Il en tire la conclusion qu'en conditionnant la capacité de travail de l'assurée à l'octroi de mesures d'orientation professionnelle, le Dr W _____ avait outrepassé son mandat.

Par ailleurs, s'agissant du reclassement dans une nouvelle profession ou de la rééducation dans la même profession, l'intimé rappelle que de telles mesures doivent être rendues nécessaires par l'invalidité et que tel n'est pas le cas, selon la jurisprudence, lorsqu'il est possible d'offrir à l'assuré, sans formation complémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre de lui qu'il l'accepte, ce qu'il estime être le cas en l'espèce.

Il ajoute que les conditions d'octroi d'une formation professionnelle initiale ou d'une orientation professionnelle ne sont pas non plus réunies.

24. Le 13 octobre 2009, l'assurée a répliqué en reprochant à l'OAI de ne pas expliquer en quoi il serait disproportionné de lui accorder des mesures de reclassement et de ne pas tenir compte de l'avis du Dr W_____.
25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger une première fois.
26. Par courrier du 26 mai 2010, le Tribunal de céans a informé la recourante qu'après en avoir délibéré le 20 mai 2010, il envisageait de réformer la décision attaquée à son détriment.
27. Le 1^{er} juin 2010, le Tribunal a encore précisé à la recourante que sa position s'appuyait sur le fait que l'existence d'un trouble physique ou psychique susceptible d'expliquer l'ensemble des plaintes exprimées - ou du moins leur caractère invalidant - au-delà du 30 juin 2004 ne lui semblait pas avoir été démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante requis.
28. A la demande de la recourante, une audience de plaidoirie a été appointée.
29. Dans l'intervalle, le 3 août 2010, la recourante a produit un courrier émanant du Dr W_____, daté du 14 juillet 2010, soulignant que l'état du genou gauche de sa patiente était préoccupant, les dernières radiographies montrant une évolution de la gonarthrose vers un pincement articulaire de plus en plus marqué conduisant à penser qu'une aggravation probable nécessiterait à terme la pose d'une prothèse totale ou partielle. Le médecin a répété en substance que les diagnostics retenus dans ses expertises d'avril 2007 et avril 2009 expliquaient les plaintes de la patiente et que les limitations fonctionnelles n'avaient pas varié entre juillet 2004 et décembre 2008. Il a confirmé que l'asymétrie des membres inférieurs avait été quasiment éliminée par le port de l'orthèse provisoire posée en décembre 2008, laquelle avait eu pour effet de rééquilibrer le bassin et de diminuer très fortement les troubles statiques du rachis. Le médecin a souligné qu'une réadaptation médicale et une bonne physiothérapie ambulatoire seraient néanmoins nécessaires. Il a persisté à conclure à une capacité résiduelle de travail de 50% au maximum et a justifié ce taux d'occupation d'une part, par la nécessité de poursuivre une physiothérapie, d'autre part, par l'obligation pour l'assurée de changer souvent de position; le médecin a conditionné cette capacité de travail à la mise sur pied d'une "réadaptation économique".
30. Ce rapport a été soumis à l'intimé qui, en date du 8 septembre 2010 a persisté dans ses conclusions, à savoir : une capacité de travail de 0% dès le 25 novembre 2002 puis de 50 % dans une activité adaptée dès le 30 juin 2004.
31. Une audience s'est tenue en date du 28 octobre 2010 lors de laquelle la recourante a expliqué avoir consulté plusieurs médecins avant que le Dr W_____ ne lui suggère enfin une solution sous la forme d'une orthèse amovible, fin 2008.

La recourante a expliqué être handicapée même dans sa vie quotidienne, pour passer l'aspirateur, faire ses courses, repasser et se déplacer, ce qui a eu des conséquences sur son état psychique.

Elle a assuré ne pas demander mieux que de reprendre une activité à 50%, ce qui lui permettrait d'améliorer un peu son image d'elle-même et de se réinsérer mais ne disposer d'aucune expérience en dehors du domaine de la vente.

Elle s'est par ailleurs étonnée de la date de juin 2004 retenue par l'intimé pour réduire son droit aux prestations, faisant remarquer que ce n'est qu'en décembre 2008, date à laquelle elle a enfin pu bénéficier d'une orthèse, que son état s'est amélioré, au point qu'il soit médicalement parlant théoriquement envisageable qu'elle reprenne une activité à 50%.

A cet égard, l'intimé a expliqué avoir estimé que les conditions subjectives à l'octroi de mesures de réadaptation faisaient défaut puisque l'assurée continuait à réclamer une rente entière.

La recourante a relevé qu'elle avait toujours pris des conclusions subsidiaires visant à l'obtention de mesures de réadaptation professionnelle.

32. A l'issue de l'audience, la recourante a produit la décision rendue par son assureur-accidents en date du 14 octobre 2009 en faisant remarquer que le degré d'invalidité retenu par ce dernier correspondant à celui retenu par l'assurance-invalidité mais est contesté. Dans sa décision, l'assureur-accidents a en effet conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, conduisant à un degré d'invalidité de 65 % à compter du 1^{er} octobre 2009.
33. Ce document transmis à l'intimé, la cause a été une nouvelle fois gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

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, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au guichet du Tribunal le 14 septembre 2009 est recevable.
4. Le litige porte uniquement sur les prestations dues par l'assurance-invalidité à la recourante pour la période postérieure au 30 septembre 2004, plus particulièrement, sur son degré d'invalidité au-delà de cette date et sur la question de savoir si son état de santé s'est réellement amélioré en juin 2004 de manière à influencer son droit aux prestations.
5. 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 de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06, non publiés au Recueil officiel).

Selon cette disposition, 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 ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut donc être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ibid.).

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 (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1, et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

-
7. L'art. 28 al. 2 LAI (de même que l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 [aLAI]), prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1^{er} LGPA et 4 al. 1^{er} LAI). Aux termes de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1^{er}). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Au sens du droit des assurances sociales, la notion d'invalidité est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 272 consid. 4a).

Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste en effet à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du Conseil fédéral du 22 juin 2005, FF 2005 4223, n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une investigation au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et intellectuelles – de la personne assurée, les mesures qui peuvent être exigées d'elle devant cependant être propres à atténuer les conséquences de l'atteinte à sa santé (ATF du 7 octobre 2009, 9C_236/2009, consid. 4.4.1).

8. Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. Ainsi, la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit

être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF des 5 avril 2006, I 750/04, consid. 5.3, publié in SVR 2007 IV p. 1 et 22 août 2001, I 11/00, consid. 5, publié in VSI 2001 p. 274).

Autrement dit, on doit pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Mais, parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance ; elle doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. Tel est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 113 V 22 consid. 4d ; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172).

9. Il convient enfin de rappeler que, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), le Tribunal fédéral des assurances a précisé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, voire d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste alors 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 256 consid. 4, 115 V 134 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une rente. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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'écarter 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. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise 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 (ATF 125 V 351).

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

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon son 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 lui (*ibid.*).

11. Il sied encore de rappeler que, comme le Tribunal fédéral 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 entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA.

En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient notamment d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents 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 (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). 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. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée.

À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée du partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (ATF non publié du 8 août 2008, 9C_751/2007).

12. En l'espèce, les rapports médicaux établis ou complétés par le Dr O _____ les 1er mars 2004 et 19 avril 2005, par les Drs R _____ et S _____ les 8 février, 17 juillet et 15 décembre 2006, par les Drs T _____ et U _____ le 28 juin 2006, par le Dr W _____ les 19 avril et 11 juin 2007 et 22 avril 2009, ainsi que par le Dr B _____ le 5 mars 2008, comprennent un examen approfondi des documents mis à disposition par l'administration, une riche anamnèse, un exposé complet des plaintes exprimées par la recourante, le

résultat des examens cliniques effectués et leur évaluation détaillée. Les conclusions tirées par ces différents praticiens sont abondamment commentées. Motivés à satisfaction de droit, ces divers rapports doivent se voir reconnaître pleine valeur probante.

Spécialisés, les rapports établis par les Drs Q_____ et V_____, notamment, fournissent de précieux renseignements et des appréciations qui ne sauraient être négligées, mais force est de constater qu'ils ne répondent pas aux exigences formelles et matérielles rappelées plus haut, de sorte qu'en cas de contradictions avec les expertises précitées, il conviendra de faire prévaloir ces dernières, les investigations pluridisciplinaires devant en outre être privilégiées par rapport aux investigations sectorielles.

Quant aux rapports médicaux établis par les Drs P_____, C_____ et A_____, ils ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où les médecins en question n'ont pas pratiqué des examens complets et où, en leur qualité de médecins traitants de la recourante, ils ont tissé avec cette dernière une relation de confiance étroite dont il faut tenir compte qu'elle est susceptible d'influencer sensiblement le contenu de leurs propos. On relèvera par ailleurs que le Dr A_____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, si bien que, selon la jurisprudence rendue en la matière (voir par exemple l'ATF du 31 août 2007 en la cause I 65/07), l'appréciation qu'il a émise dans ce domaine n'a, en tout état, qu'une valeur probante affaiblie.

Ceci étant posé, l'instruction de la cause a permis d'établir que, suite aux ménisectomies gauches réalisées en décembre 2000 et janvier 2001, la recourante a pu reprendre son activité professionnelle à plein temps jusqu'en novembre 2002, date à laquelle elle a été victime d'une chute qui a entraîné une hyper-flexion de son genou gauche et l'exacerbation des douleurs résiduelles qu'elle éprouvait, vraisemblablement dues à une arthrose fémoro-tibiale débutante sur ostéochondrose consécutive aux ménisectomies précitées. En outre, bien que cet élément ne fût pas encore évoqué à l'époque, les membres inférieurs de la recourante présentaient depuis toujours une différence de longueur, son fémur gauche étant plus long que le droit de sept millimètres environ (ce dernier point, contesté par le Dr O_____, n'est cependant pas décisif).

L'ostéotomie proximale du tibia gauche réalisée par le Dr M_____ le 31 mars 2003 était, de l'avis des spécialistes qui se sont exprimés sur ce point, parfaitement indiquée au vu de la gonarthrose évoquée plus haut, et a été effectuée dans les règles de l'art. Cette opération a toutefois entraîné un allongement supplémentaire du membre inférieur gauche, évalué à six ou huit millimètres par les Drs Q_____ et W_____, à quinze millimètres par le Dr O_____.

Depuis lors, la recourante s'est plainte de douleurs lombaires et les examens réalisés ont mis en évidence des troubles de la statique de la colonne lombaire associés à une bascule du bassin à droite, ainsi qu'une discarthrose débutante au niveau L5-S1.

L'intimé a considéré qu'une amélioration était intervenue dans l'état de l'assurée en mars 2004, date à laquelle il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation en se fondant sur l'avis du Dr O _____ (cf. avis du SMR du 29 juin 2007). Il est vrai qu'il ne semble pas y avoir eu véritablement amélioration de l'état de l'assurée à ce moment-là. Cependant, c'est en 2004, que les limitations fonctionnelles ont été clairement définies pour la première fois par rapport à une activité adaptée. Le Dr O _____, en particulier, a constaté l'incapacité de l'assurée à rester debout ou assise plus de trente minutes, à marcher plus de deux cents mètres, à porter des charges supérieures à cinq kg, à monter ou descendre des escaliers ou encore à conduire un véhicule. En avril 2005, ce médecin a confirmé ces limitations fonctionnelles en précisant que si une légère amélioration était intervenue au niveau du genou gauche, la situation se dégradait en revanche au niveau du rachis. Le Dr O _____ a admis, en mars 2004, que l'assurée serait capable d'exercer une activité adaptée. En avril 2005, il a confirmé une capacité de travail de 50% dans un poste adapté, dont il a cependant admis qu'il serait difficile à trouver. En juin 2006, le taux d'activité exigible de 50% a été confirmé par les Drs T _____ et U _____, pour des raisons purement psychiques, cependant. En avril 2007, le Dr W _____ a admis à son tour qu'une activité s'exerçant essentiellement en position assise était envisageable à 50%, qu'il a soumise à la condition d'une réadaptation médicale bien conduite.

En définitive, il apparaît que, sur le plan physique, l'état de l'assurée ne s'est réellement amélioré qu'en décembre 2008, date à compter de laquelle elle a pu bénéficier d'une orthèse qui l'a grandement soulagée. Force est cependant de constater qu'avant même que cette solution ne lui soit proposée, les médecins, dans leur grande majorité, avaient conclu à une capacité théorique de travail de 50% dans une activité adaptée, dont ils ont toutefois convenu qu'elle serait difficile à trouver au vu des limitations énoncées.

Le Tribunal de céans considère donc que c'est fort généreusement que l'intimé n'a retenu un degré de capacité de travail de 50% qu'à compter de juin 2004, soit trois mois après les premières constatations relatives aux limitations de l'assurée, dans la mesure où aucun élément au dossier ne permettait de conclure à une totale incapacité de travail - même dans un poste adapté - de novembre 2002 à juin 2004. Cependant, le Tribunal de céans renoncera exceptionnellement à procéder à une reformation in pejus sur ce point eu égard au temps écoulé depuis lors.

S'agissant de la période postérieure à juin 2004, la capacité à exercer une activité adaptée à 50 % doit être confirmée. A cet égard, on relèvera qu'aucune diminution

supplémentaire de la capacité de travail n'était justifiée sur le plan psychique. Ainsi, en février 2006, le Dr S _____ a conclu à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive en rémission, et a écarté l'hypothèse qu'il puisse avoir des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, relevant au passage que cette dernière disposait des ressources psychiques nécessaires à une amélioration de son état de santé.

Certes, en juin 2006, le Dr U _____ a conclu à un trouble dépressif récurrent en rémission incomplète, limitant la capacité de travail à cinq heures par jour au vu des faibles ressources psychiques de l'assurée. Cependant, en mars 2008, le Dr B _____ a rejoint les conclusions du Dr S _____, à savoir que les troubles psychiques constatés - un trouble dépressif « majeur » récurrent, épisode alors qualifié de moyen - n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail de travail. On relèvera ici que l'épithète « majeur » provient de la traduction française du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) publié par l'American Psychiatric Association et que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne fournit aucune indication sur la sévérité du trouble : le « trouble dépressif majeur récurrent » du DSM-IV correspond au « trouble dépressif récurrent » de la CIM-10. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, il n'y a donc pas contradiction *a priori* entre l'existence d'un trouble dépressif « majeur » et l'absence de répercussions de ce trouble sur la capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, il apparaît que, sur le plan somatique, les diagnostics posés par les médecins consultés ne divergent pas sensiblement. Tous ont en substance retenu l'existence d'une gonarthrose gauche débutante et de troubles cervico-dorsolombaires dont l'origine se trouvait en partie dans l'inégalité de longueur des membres inférieurs de la recourante et en partie dans la posture adoptée par cette dernière. La majorité des experts ont également conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, même si plusieurs ont souligné la difficulté d'en trouver une qui corresponde aux limitations retenues et si le Dr W _____ a insisté sur la nécessité d'une "réadaptation économique", notion ne relevant au demeurant pas du domaine médical. On relèvera à cet égard qu'en préconisant une réadaptation correctement menée et l'apprentissage d'une nouvelle profession, le médecin se livre là à une appréciation fortement teintée par les revendications de la recourante. On ignore toujours sur quels éléments médicaux objectifs ce praticien s'est fondé pour déterminer le taux retenu. S'agissant de l'opinion selon laquelle une réadaptation, médicale ou professionnelle serait le préalable absolument nécessaire à la reprise d'une activité professionnelle par la recourante, force est de constater que les démarches proposées et réalisées par l'administration dans ce sens se sont heurtées à un refus catégorique de la part de l'intéressée. Quant à la réadaptation par soi-même qui, au vu des principes rappelés plus haut, est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation, il n'en a même jamais été question.

Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

13. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI.

En l'espèce, la recourante a travaillé de nombreuses années en tant que vendeuse dans le prêt-à-porter et il a été établi qu'en 2004, elle aurait réalisé un revenu de 62'000 fr. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu ce montant à titre de revenu avant invalidité.

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a été dit supra, l'assurée pourrait exercer à mi-temps une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant essentiellement en position assise, n'impliquant ni port de charges ni position accroupie, permettant de changer régulièrement de position à 50%. L'intéressée est titulaire d'une maturité. Si elle ne dispose effectivement d'aucune expérience en dehors du domaine de la vente, on peut convenir, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers correspondant à cette description. Selon les données de l'ESS 2004, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 3'893 fr. par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures; pour 2004 : La Vie économique, 7-8/2010 p. 90, table B 9.2). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,6 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2004, de 48'585 fr., soit, pour un taux d'occupation de 50% : 24'292 fr. 50. Enfin, si l'on applique encore, pour tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, une réduction supplémentaire de 10 %, le revenu d'invalidité peut être arrêté à 21'863 fr., ce qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 64.74 %, conforme à celui obtenu par l'intimé.

En conséquence, le calcul du taux d'invalidité doit être confirmé.

14. En ce qui concerne la conclusion tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, le Tribunal de céans relèvera que cette question n'a jamais fait l'objet d'une décision de la part de l'intimé, raison pour laquelle la cause sera renvoyée à ce dernier, à charge pour lui de se déterminer formellement sur ce point par le biais d'une décision après avoir refait le point de la situation après modification de la position de

l'intimé (qui reconnaît désormais une capacité de travail réduite à 50% en lieu et place de 80% précédemment) et évaluation de la motivation de l'assurée.

15. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI prévoit qu'une dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances sociales est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté en l'espèce, à 1'000 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une décision formelle sur la demande de mesures de réadaptation formulée par l'assurée.
4. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de la recourante.
5. Informe les parties 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. 82ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) ; 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-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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