RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1782/2002 **ATAS/130/2004**

ARRÊT

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

du 16 mars 2004

6ème Chambre

En la cause

Madame M_____, comparant par Me Karin BAERTSCHI en l'étude de laquelle elle élit domicile — recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève — intimé

Siégeant : Madame Doris WANGELER, Présidente, Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges.

EN FAIT

1. Madame M_____, née en février 1959, de nationalité espagnole, mariée et mère de quatre enfants a travaillé en tant qu'employée d'entretien pour l'entreprise X_____ dès le 12 août 1996 à raison de deux heures par jour, puis trois heures par jour dès début janvier 1999. A ce titre, son salaire horaire s'élevait à 16 fr. 85. Elle travaillait également pour l'entreprise Y_____ à raison de huit heures par jour pour un salaire horaire de 15 fr. 55, majoré de 8,33 % en remplacement des vacances. En 1999, son salaire annuel total s'élevait à 52'971 fr. 55 (20'628 fr. chez X_____ + 32'343 fr. chez Y_____).

2. Dès le 26 avril 1999, elle a été en incapacité de travailler à 100 % suite à d'importantes douleurs dorsales et cervicales, s'étendant peu à peu dans tout le corps et accompagnées de troubles du sommeil, de troubles de l'humeur et d'une grande fatigabilité.

3. Le 9 octobre 1999, le docteur A_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rédigé un rapport à l'attention d'HELSANA, assureur perte de gain d'X_____. Il a diagnostiqué une fibromyalgie et un état dépressif. L'évolution n'était pas bonne, avec une péjoration de la maladie depuis une année et surtout en raison de l'échec des traitements. L'incapacité de travail était de 100% et le pronostic incertain. L'assurée ne pouvait exercer aucun travail nécessitant le port de charges, ne pouvait maintenir la position debout de façon prolongée et ne devait pas effectuer de mouvements répétés du thorax (femme de ménage, femme de chambre, travaux de repassage, travaux dans l'horlogerie). Elle était néanmoins capable, du point de vue médical, de travailler à 50% dans une autre activité, par exemple un emploi de bureau, de téléphoniste, d'huissier ou de vendeuse. Le médecin soulignait encore qu'une mesure de reclassement professionnel lui apparaissait judicieuse.

4. Le 9 décembre 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI). Elle souhaitait bénéficier d'une orientation professionnelle.

5. Le 13 janvier 2000, le docteur B_____, médecin traitant de l'assurée, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une fibromyalgie, un état dépressif réactionnel ainsi que des cervico-dorsalgies (discopathie D10-D11). Un bilan clinique, radiologique et biologique avait permis

de mettre en évidence d'une part des troubles dégénératifs dorsaux et d'autre part un syndrome polyalgique répondant en partie à un traitement physique doux. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées dès que possible.

6. Dès le 9 mai 2000, l'assurée a souffert d'un état dépressif majeur invalidant et a suivi à ce titre un traitement intensif auprès de la doctoresse C_____, médecin psychiatre, recommandée par son médecin traitant.

7. Le 5 juin 2000, l'intéressée a tenté de recommencer une activité à 50 % à l'instigation du docteur B_____ et s'est présentée auprès de son précédent employeur, l'entreprise Y_____. Ce dernier n'a pas été en mesure de lui fournir un travail approprié. Un poste dans l'administratif s'avérait difficile (l'assurée ne savait ni lire ni écrire) et la possibilité d'effectuer des contrôles de chantier avait dû être écartée dans la mesure où elle ne pouvait rester debout trop longtemps.

8. Le 14 juillet 2000, la doctoresse D_____ a également rédigé un rapport. Elle avait été le médecin traitant de l'assurée jusqu'en 1999, date à laquelle cette dernière avait alors consulté le docteur B_____. Cette praticienne concluait à la bonne santé de l'intéressée, ne portait aucun diagnostic et estimait qu'il n'existait pas d'affection grave et de durée motivant une demande à l'assurance-invalidité.

9. Le 31 janvier 2001, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a rédigé un rapport d'expertise dans lequel il a diagnostiqué une fibromyalgie et un épisode dépressif moyen. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans sa précédente activité, mais de 50 % dans une profession appropriée (vendeuse, téléphoniste, huissier). Il a relevé suivre les avis des docteurs A_____ et B_____ en ce qui concernait la capacité de travail résiduelle de l'intéressée.

10. Le 23 janvier 2002, sur mandat de l'OCAI, la Policlinique médicale universitaire de Lausanne, agissant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après COMAI), a rédigé un rapport après avoir examiné l'assurée le 9 octobre 2001 et avoir pris connaissance de son dossier. Le docteur F_____, rhumatologue, a diagnostiqué des cervico-brachialgies, des dorsalgies et des lombalgies basses sans signes radiculaires dans un contexte de troubles dégénératifs associés à des dysfonctions segmentaires dorsales et lombaires. L'ensemble de la symptomatologie douloureuse s'inscrivait en avant-plan d'un syndrome anxio-dépressif et d'une fibromyalgie probablement

responsables de l'amplification de la symptomatologie. Du point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail dans son ancienne activité de femme de ménage était estimée à 80 %. Dans une activité adaptée , sédentaire, avec port de charges légères, temps de repos aménagé et bras de levier diminués, la capacité de travail s'élevait à 100 %. Quant à la doctoresse G_____, expert psychiatre, elle a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, des traits de personnalité dépendants ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Cette praticienne expliquait qu'une capacité de travail de l'ordre de 50 % subsistait. Les conclusions globales de l'expertise COMAI aboutissaient aux diagnostics suivants : a) avec influence essentielle sur la capacité de travail : trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie et épisode dépressif de sévérité moyenne b) sans influence essentielle sur la capacité de travail : traits de personnalité dépendants, obésité classe I et hyperlipidémie mixte. La capacité de travail dans l'activité originale comme nettoyeuse demeurait inférieure à 20 % mais elle s'élevait à 50 % dans un travail adapté (position de travail assis-debout à changer toutes les heures environ, horaire à mi-temps, port de charges limité à 5-10 kilos, travaux lourds à éviter). Les experts avaient encore ajouté que, si le surinvestissement pour sa famille originale (émigration pour soutenir la famille espagnole), sa propre famille (quatre enfants) et son travail (à 100 %, voire plus) chez une femme expatriée et ayant perdu son père à un âge relativement jeune jouait un rôle important, on constatait une aggravation des symptômes douloureux et dépressifs parallèlement à l'invalidité de son mari à la fin des années 1990. Concernant le reclassement professionnel, ils estimaient que cette mesure n'était pas judicieuse compte tenu du fait que l'assurée ne tolérerait pas une telle démarche en raison de son atteinte douloureuse et dépressive importante.

11. Le 8 mars 2002, le Service médical régional (SMR LEMAN) de l'assurance-invalidité a relevé que les troubles psychiques secondaires au surmenage n'avaient pas valeur d'invalidité et qu'un trouble somatoforme douloureux sans autre pathologie invalidante non plus. Dans le cas de l'assurée, celle-ci s'estimait incapable de travailler mais restait bien intégrée dans sa famille en n'ayant jamais cessé de s'en occuper, ce qui avait été jugé curieux même par le médecin psychiatre. Cette incapacité sélective était compréhensible dans la mesure où il était impossible pour quiconque de s'occuper d'un ménage de six personnes et de travailler à 100 % sans qu'un épuisement psychique ne se produise à plus ou moins long terme. L'approche bio-psycho-sociale des psychiatres à Lausanne faisait que l'élément social était pris en compte, souvent de façon prédominante pour justifier une atteinte à la santé.

12. Le 2 mai 2002, la doctoresse C_____ a écrit au docteur H_____, médecin-conseil de l'assurance-invalidité, et s'est déclarée surprise d'avoir appris par l'OCAI que, lors de l'expertise médicale effectuée au COMAI, l'assurée ne leur avait pas paru significativement déprimée. Cette praticienne recevait régulièrement la patiente (tous les quinze jours) depuis le 9 mai 2000 pour le traitement d'un état dépressif. Si cet état, extrêmement marqué au début du traitement, s'était significativement amélioré, il n'était certainement pas guéri. L'équilibre restait très précaire. A part les douleurs physiques, la doctoresse C_____ avait pu noter des pleurs très fréquents, une grande irritabilité, une asthénie et une adynamie marquées, de fréquents troubles du sommeil et des crises de découragement et de désespoir occasionnels. La libido demeurait quasiment inexistante et l'assurée présentait une nette tendance à l'hyperphagie compensatoire, ce qui aggravait son problème pondéral. Cherchant une explication aux diagnostics posés par ses confrères du COMAI, la doctoresse C_____ a supposé qu'ils s'expliquaient par l'état d'esprit de l'assurée lors du COMAI : à son avis, cette dernière avait attendu depuis si longtemps que quelque chose change dans sa situation qui lui paraissait une impasse que le fait d'avoir été convoquée au COMAI et d'avoir pu parler de ses différents troubles à d'éminents spécialistes l'écoutant attentivement avait fait naître chez elle un immense espoir que quelque chose bouge et s'améliore.

13. Par projet du 24 juillet 2002, l'OCAI a informé l'assurée que, compte tenu d'une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité adaptée, son taux d'invalidité s'élevait à 59 %, après comparaison des revenus avec et sans invalidité. Partant, il projetait de lui allouer une demi-rente de l'assurance-invalidité à partir du 26 avril 2000.

14. Par courrier du 8 août 2002, l'assuré a déclaré s'opposer à ce projet, en soulignant que sa capacité de travail n'était que théorique et n'avait par conséquent jamais été vérifiée. Elle concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, fondée sur le fait que son incapacité de travail dans sa précédente activité de nettoyeuse était inférieure à 20 %.

15. Par décision du 9 septembre 2002, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité ainsi que trois demi-rentes pour enfant, fondées sur un taux d'invalidité de 59 %.

16. Le 9 octobre 2002, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en estimant que l'OCAI ne pouvait pas se baser sur l'appréciation médicale du COMAI dès lors que cette dernière demeurait une appréciation théorique. Aucun stage

d'observation professionnelle n'avait permis de mettre en évidence une capacité résiduelle de 50 %. En outre, elle n'avait jamais bénéficié de mesures de reclassement. La recourante concluait, principalement, à l'octroi d'une rente entière et, subsidiairement, à ce que des mesures de reclassement professionnel soient ordonnées.

17. Par préavis du 10 décembre 2002, l'OCAI a proposé le rejet du recours. Il n'existait aucun motif pertinent permettant de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, laquelle possédait une pleine valeur probante. En ce qui concernait les mesures de reclassement, l'OCAI a souligné que la recourante se contredisait elle-même dans son acte de recours dès lors qu'elle s'estimait incapable de travailler à l'extérieur et demandait de ce fait à titre principal une rente entière d'invalidité alors qu'elle souhaitait, à titre subsidiaire, bénéficier de mesures de reclassement. A ce sujet, la division de réadaptation de l'OCAI avait estimé que les activités exigibles de l'assurée étaient celles de l'industrie légère, de type conditionnement de matériel léger, permettant l'alternance des positions. Cet avis recoupait en outre les avis médicaux et n'était ainsi pas critiquable.

18. Par réplique du 16 janvier 2003, l'assurée a persisté dans ses conclusions en relevant encore que les différents médecins amenés à se prononcer sur son cas avaient préconisé des mesures de reclassement.

19. Le 6 février 2003, elle a communiqué au Tribunal de céans (précédemment la Commission cantonale de recours en matière AVS/AI) une nouvelle décision de l'OCAI du 4 avril 2003 par laquelle il continuait de lui verser une demi-rente d'invalidité, son degré d'invalidité s'élevant à 59 %.

20. Pour le surplus, les faits et allégués pertinents des parties seront repris, en tant que besoin, dans la partie « en droit » ci-après.

EN DROIT

1. 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 de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce demeure toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel le juge des assurances sociales n'a pas à prendre en

considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 121 V 386, consid. 1b ; cf. également dispositions transitoires, art. 82 al. 1 LPGA). Le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI) et de son règlement du 17 janvier 1961 (RAI) en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les dispositions légales seront dès lors citées dans leur ancienne teneur.

2. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales. Conformément à l'art. 3 al. 3 des dispositions transitoires, les causes introduites avant l'entrée en vigueur de la loi et pendantes devant la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité ont été transmises d'office au Tribunal cantonal des assurances sociales, statuant en instance unique, sur les contestations en matière d'assurance-invalidité notamment (cf. art. 56V LOJ). La compétence du Tribunal de céans est ainsi établie pour juger du cas d'espèce.

3. Interjeté en temps utile, le recours est à cet égard recevable conformément aux articles 69 aLAI et 84 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (aLAVS) alors applicables.

4. Le litige porte essentiellement sur le point de savoir quelle diminution de sa capacité de gain la recourante subit en raison d'une atteinte à sa santé physique et psychique. La question du reclassement sera également abordée dès lors que ce point demeure litigieux entre les parties.

4.a L'art. 4 al.1 aLAI stipule que l'invalidité 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. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 aLAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif - donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité - les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2000 p. 153 consid. 2a et les références ; ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001). Les causes de l'atteinte à la santé psychique ne jouent pas de rôle quand il s'agit de décider si celle-ci revêt ou non un caractère invalidant (PRA 1997 n° 49 p. 256 consid. 4b in fine). Ce qui est décisif, c'est de savoir si une atteinte à la santé psychique, indépendamment de son origine, entraîne une incapacité de travail et de gain (ATFA non publié I 68/01 du 27 mars 2001).

Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, provoquer une incapacité de travail (ATF 120 V 119). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160). A cet égard, la doctrine a décrit en détail la tâche de l'expert médical, lorsque celui-ci doit se prononcer sur le caractère invalidant de troubles somatoformes. Selon MOSIMANN, sur le plan psychiatrique, l'expert doit poser un diagnostic dans le cadre d'une classification reconnue et se prononcer sur la gravité de l'affection. Il doit évaluer le caractère exigible de la reprise par l'assuré d'une activité lucrative. Ce pronostic tiendra compte de divers critères, tels une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides, une comorbidité psychiatrique, des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale, un éventuel profit tiré de la maladie, le caractère chronique de celle-ci sans rémission durable, une durée de plusieurs années de la maladie avec des symptômes stables ou en évolution, l'échec de traitement conformément aux

règles de l'art. Le cumul des critères précités fonde un pronostic défavorable. Enfin, l'expert doit s'exprimer sur le cadre psychosocial de la personne examinée. Au demeurant, la recommandation de refus d'une rente doit également reposer sur différents critères. Au nombre de ceux-ci figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (MOSIMANN, Somatoforme Störungen : Gerichte und psychiatrische Gutachten, RSAS 1999, p. 1 ss et 105 ss ; VSI 2000 p. 1555 ; ATFA n° I 229/01 Mh du 9 octobre 2001). Le Tribunal fédéral des assurances a encore souligné qu'on ne saurait reconnaître l'existence d'une incapacité de travail résultant d'un syndrome douloureux sur la base d'éléments qui entrent certes dans les critères déterminants susceptibles de justifier une incapacité de travail mais qui, chez la personne expertisée, se manifestent sous une forme atténuée. Pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, encore faut-il que celui-ci revête un minimum de degré de gravité (ATFA n° I 759/01 du 20 septembre 2002).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 ; VSI 2000, p.154). En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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 125 V 353).

Par ailleurs, s'agissant de la capacité de travail – dans une activité exigible – d'un assuré dont la pathologie est principalement ou exclusivement marquée par la douleur, sans substrat organique ou sans corrélation avec un état clinique patent, il y a lieu de retenir principalement les conclusions globales de l'expertise pluridisciplinaire et non celles, forcément sectorielles, des différents intervenants à l'expertise ; en effet, l'expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par le patient et leurs interférences

possibles, paraît appropriée à une détermination objective de la capacité de travail (ATFA non publié du 22 juillet 2003 en la cause I 304/03 ; ATFA non publié du 6 août 2003 en la cause I 50/03).

4.b En l'espèce, la recourante conteste la capacité résiduelle de travail retenue par l'OCAI dans la mesure où celle-ci est fondée sur l'appréciation médicale théorique des experts du COMAI. Or, force est de reconnaître que cette appréciation n'est pas critiquable.

D'une part, elle rejoint tout à fait les autres appréciations des différents médecins appelés à se prononcer sur le cas de la recourante. En effet, le docteur A_____ (rapport du 9 octobre 1999) a estimé que la recourante était capable, du point de vue médical, de travailler à 50 % dans une autre activité, par exemple dans un emploi de bureau, de téléphoniste, d'huissier et de vendeuse. Le docteur B_____ partageait également ce point de vue, puisqu'il a encouragé sa patiente à tenter de recommencer une activité à 50 % auprès de son précédent employeur, mais dans un travail approprié. Quant au docteur E_____ (rapport du 31 janvier 2001), il a relevé que la capacité de travail résiduelle de la recourante était de 50 % dans une profession appropriée (vendeuse, téléphoniste, huissier). Partant, les conclusions des experts du COMAI sont tout à fait conformes à ces différentes appréciations médicales.

D'autre part, le rapport COMAI possède une pleine valeur probante eu égard aux critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Ainsi, les experts se sont prononcés d'après un dossier médical complet, après avoir vu l'assurée, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes. L'OCAI, au vu des éléments du dossier, n'avait pas à s'en écarter.

Au vu des éléments figurant au dossier, y compris l'évaluation de l'activité exigible effectuée par la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, c'est à juste titre que l'Office intimé a reconnu une capacité de travail résiduelle de 50 % dans une activité adaptée au handicap de la recourante sans procéder à une instruction complémentaire, en l'occurrence totalement inutile. Cela étant, il convient d'examiner dans quelle mesure la recourante subit une diminution de sa capacité de gain.

5.a L'art. 28 al. 1 aLAI prévoit que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est d'un quart si l'assuré présente une invalidité de 40 pour cent, d'une demie pour une invalidité de 50 pour cent au moins et entière dès 66 2/3 pour cent au moins d'invalidité.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al 2 aLAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 128 V 30 consid. 1 ; 104 V 136 consid. 2a et 2b).

Sont déterminants, lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 aLAI, les rapports existant au moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente, ainsi que les modifications significatives des données hypothétiques déterminantes survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 128 V 174; ATFA non publié du 18 octobre 2002 en la cause I 761/01 ; ATFA non publié du 22 août 2002 en la cause I 440/01). Le revenu sans invalidité se détermine en général d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé (RCC 1991 p. 332).

Pour chiffrer le revenu d'invalide, on peut se référer, selon la jurisprudence, à ce que l'on appelle des tableaux de salaires. Cette possibilité est retenue en particulier lorsque l'assuré n'a repris, après la survenance de l'atteinte à la santé, aucune activité lucrative du tout ou aucune activité lucrative pouvant être raisonnablement attendue de lui (ATF 124 V 322 ; VSI 2000 p. 85). En ce qui concerne les tableaux de salaires, les statistiques de l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après l'OFAS), qui distinguent les salaires selon le niveau de qualification, le domaine d'activité et le sexe constituent une source d'information fiable. On se référera alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182). Pour les barèmes, on tiendra néanmoins compte du fait que les personnes atteintes dans leur santé et handicapées, même pour l'accomplissement de tâches auxiliaires légères, sont désavantagées en ce qui concerne leur rémunération par rapport aux salariés totalement productifs et pouvant être employés pour le même travail. Aussi, le taux de salaire sera généralement inférieur à la moyenne. Selon l'expérience, on peut dans de tels cas, réduire de 10 à 25 % le salaire indiqué dans le tableau (VSI 1998 p. 179, p. 296). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu

hypothétique doit être réduit. Dans ce contexte, il s'agit aussi de prendre en considération le fait que les étrangers ne gagnent pas toujours le même salaire que la moyenne de tous les travailleurs étrangers et suisses (VSI 2000 p. 85).

5.b En l'espèce, en ce qui concerne le revenu sans invalidité, la recourante pouvait réaliser 20'628 fr. chez X_____ (questionnaire pour l'employeur du 25 février 2000) en 1999 et 32'343 fr. chez Y_____(questionnaire pour l'employeur du 10 janvier 2000), ce qui correspond à un gain annuel de 52'971 fr. Réactualisé pour 2000, le revenu sans invalidité s'élève ainsi à 53'577 fr.

Quant au salaire d'invalide, le salaire mensuel auquel pouvait prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans l'industrie manufacturière dans le secteur privé en 2000 était de 3'630 fr. par mois compte tenu d'un horaire de travail de 40 heures par semaine (ESS 2000 p. 5, TA1, industries manufacturières 15-37, niveau de qualification 4). Il doit être porté à 3'793 fr. (soit 3'630 fr. : 40 x 41,8), soit 45'520 fr. par an, dès lors que la moyenne usuelle de travail dans les entreprises en 2000 était de 41,8 heures (La Vie Economique 12/2002 p. 88, tableau B 9.2). Compte tenu de la capacité résiduelle de travail de 50 % de la recourante, le salaire d'invalide serait ainsi de 22'760 fr..

Il sied de relever que la division de réadaptation professionnelle de l'OCAI a omis de procéder à un quelconque abattement, ce dernier étant cependant prévu par la jurisprudence ainsi qu'il l'a été rappelé ci-avant. Par conséquent, ce point doit encore être examiné. La déduction à apporter au revenu d'invalide peut être fixé en se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral rendue dans des cas similaires. Ainsi, dans le cas d'une personne sans formation professionnelle, n'ayant pas exercé d'activité depuis plusieurs années et souffrant de diverses atteintes à la santé (important déconditionnement musculaire et cardio-vasculaire, troubles du comportement, personnalité borderline, troubles du dos et de la hanche), un abattement de 10% a été retenu (ATFA non publié du 8 juillet 2003 I 9/03). Dans un autre cas, le Tribunal fédéral des assurances a procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422/01).

Compte tenu des limitations que présente la recourante (travail en position assise, avec alternance des positions assise et debout, emploi léger, manque de formation en entreprise, âge, nationalité), un abattement de 10 % lié au handicap selon la jurisprudence apparaît justifié, ce qui porte le revenu annuel exigible à 20'484 fr.

Le taux d'invalidité ressortant de la comparaison de ces deux revenus est ainsi de **61,77 %** (53'577 fr.– 20'484 fr. x 100 : 53'577 fr.).

Ce taux ouvre le droit au versement d'une demi-rente. C'est donc à juste titre que l'OCAI a octroyé cette prestation à la recourante. Il reste alors à examiner le droit de la recourante à d'éventuelles mesures de reclassement.

6.a Aux termes de l'art. 8 al.1 aLAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable.

L'art. 17 al. 1 aLAI précise que l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Est ainsi invalide au sens de cet article, l'assuré qui n'est pas suffisamment réadapté parce que son état de santé est tel qu'il ne permet plus d'exiger l'exercice, en tout ou partie, de l'activité antérieure. Il faut alors que l'invalidité soit d'une certaine gravité. Selon la jurisprudence, cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de quelque 20 %. En outre, l'assuré n'a pas droit à la prise en charge de la meilleure mesure de réadaptation possible, mais uniquement à celle qui est nécessaire et suffisante ; il doit encore exister une proportion raisonnable entre le succès prévisible d'une mesure et son coût (ATF 124 V 110 consid. 1b et les références ; ATFA non publié du 10 juillet 2003 I 148/03).

En ce qui concerne la tâche du médecin lorsque le litige concerne plus particulièrement des mesures d'ordre professionnel, ce dernier indiquera si l'état de santé de l'assuré permet le reclassement ou la formation dans une nouvelle profession et, dans l'affirmative, quelles sont les activités adaptées au handicap de l'intéressé du point de vue médical (ATFA non publié du 24 janvier 2003 en la cause I 271/02 consid. 2).

On relèvera encore que le chiffre 4013 de la Circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ci-après CMRP) édictée par l'OFAS précise que le reclassement n'est pas nécessaire, du point de vue de l'invalidité, si la personne assurée a été réadaptée de manière suffisante et acceptable ou s'il est possible de lui offrir, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié et dont on peut attendre d'elle qu'elle l'accepte.

6.b En l'espèce, le taux d'invalidité de la recourante lui ouvre théoriquement le droit au reclassement, au vu de la jurisprudence susmentionnée. S'il est vrai que l'Office intimé a procédé à une évaluation théorique des métiers que l'assurée pouvait exercer, il n'en demeure pas moins qu'il a examiné concrètement ses possibilités de reclassement en se référant non seulement à l'appréciation médicale des experts du COMAI, mais encore à l'état d'esprit dont a fait preuve la recourante jusqu'à présent. Au vu des éléments du dossier, il a considéré qu'une mesure de reclassement serait vouée à l'échec vu l'attitude de la recourante et l'affection psychique dont elle souffre.

Conformément à ce qu'a relevé l'Office intimé, force est de constater que le succès d'une éventuelle mesure de reclassement doit être nié au vu des circonstances. D'une part, on ne saurait s'écarter de l'avis des experts du COMAI, lesquels ont clairement exprimé leur avis au sujet d'éventuelles mesures de reclassement. Ainsi qu'il l'a déjà été souligné au considérant 4b du présent arrêt, le rapport COMAI ne prête aucunement le flanc à la critique et la constatation d'échec prévisible d'une mesure de reclassement apparaît même vraisemblable lorsqu'on connaît l'affection dont souffre la recourante (état anxio-dépressif et trouble somatoforme douloureux persistant notamment). D'autre part, on constate que l'assurée elle-même souhaite que lui soit reconnu un taux d'invalidité supérieur à 66 2/3 %, ce qui lui permettrait de bénéficier d'une rente entière. En substance, il découle de manière implicite des arguments qu'elle fait valoir en instance de recours, qu'elle estime que de telles mesures lui permettraient de démontrer que sa capacité résiduelle de travail est inférieure à celle estimée par les médecins du COMAI.

Au surplus, c'est le lieu de constater qu'il est possible d'offrir à la recourante, sans formation supplémentaire, un poste de travail approprié à son handicap, soit une activité légère sans port de charges telle que celles conseillées par les médecins appelés à se déterminer sur son cas (vendeuse ou téléphoniste par exemple). Une mesure de reclassement n'est dès lors pas nécessaire. Une aide au placement sera cependant octroyé à la recourante à sa demande.

Au vu de ses éléments, le recours doit être rejeté et la décision de l'OCAI du 9 septembre 2002 confirmée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

conformément à la disposition transitoire de l'article 162 LOJ

A la forme :

1. Déclare recevable le recours de Madame M_____ interjeté le 9 octobre 2002 à l'encontre de la décision de l'OCAI du 9 septembre 2002 ;

Au fond :

2. Le rejette ;

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

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Flore PRIMAULT

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