

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1815/2008

ATAS/816/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 17 août 2010

En la cause

Madame P _____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître REALINI Claudio

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____ (ci-après: l'assurée), de nationalité portugaise, est née en 1951. Elle est arrivée en Suisse en 1983.
2. Depuis lors, l'assurée a exercé diverses activités professionnelles dont celle de polisseuse sur automobiles du 1^{er} septembre 1987 au 8 octobre 2000.
3. C'est dans l'exercice de cette activité que l'assurée a été victime d'un accident en date du 23 avril 1998. Alors qu'elle nettoyait un véhicule, le capot s'est refermé brutalement et est tombé sur son épaule droite.
4. Une IRM de l'épaule blessée a été effectuée le 5 juin 1998 et a mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux sans image de rupture de la coiffe des rotateurs. Un aspect hypertrophié de l'articulation acromio-claviculaire avec une petite excroissance osseuse de l'extrémité distale et inférieure de l'acromion pouvant évoquer le diagnostic d'Impingement syndrome "grade I" a également été constaté. Aucune lésion des tendons du long chef du biceps ni du sous-scapulaire n'a été relevée.
5. Le diagnostic de tendinite post-traumatique du sus-épineux et conflit sous-acromial a par la suite été posé, puis celui de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite comme cela ressort des rapports des 17 avril 1998 respectivement 24 septembre 1998, tous deux établis par le Dr A_____, spécialiste FMH en rhumatologie.
6. L'assurée a tenté une reprise partielle de son activité professionnelle le 29 juin 1999. Cette tentative s'est toutefois soldée par un échec et par une incapacité de travail totale dès le 24 juillet 1999.
7. En 2000, l'assurée a été opérée d'une acromioplastie de l'épaule droite par le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
8. Par la suite, l'assurée a souffert de douleurs cervico-dorso-lombaires et de douleurs articulaires et le Dr C_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a considéré, dans un courrier du 23 octobre 2003, que le diagnostic de fibromyalgie était le plus probable sans pour autant exclure formellement un rhumatisme inflammatoire débutant.
9. Malgré ses douleurs, l'assurée a exercé plusieurs activités entre 2001 et 2006. Entre 2001 et 2002, elle a travaillé pendant 6 mois en qualité de préparatrice de commande chez X_____ mais elle a dû renoncer, le travail étant trop lourd. Par la suite, du 9 octobre 2002 au 8 octobre 2003, elle a occupé un emploi temporaire en qualité de surveillante à Genève. Pendant cette période, elle n'a pas présenté d'incapacité de travailler. Puis, de décembre 2004 à mars 2005, elle a

travaillé à 50% dans une boutique d'habits usagés, déballant les vêtements et les suspendant. Elle trouvait ce travail pénible et se plaignait de rachialgies aggravées par les flexions répétées du tronc et de douleurs périrochantériennes droites. Elle a ensuite effectué le ménage au CERN en 2006 à raison de 2 heures par jour, mais le travail était trop lourd de sorte qu'elle a arrêté après quatre mois. Enfin, elle a travaillé quelques heures au cinéma Z_____ au mois de septembre 2006.

10. Le 20 janvier 2005, l'assurée a déposé une demande de prestation de l'assurance-invalidité tendant au versement d'une rente en raison d'une forte atteinte à l'épaule droite, existant depuis le 25 mars 2001.
11. Selon un rapport du 18 février 2005 du Dr A_____, l'assurée souffrait d'une fibromyalgie (9 points positifs sur 18), avec un syndrome douloureux limitant subjectivement tous les mouvements et déplacements. Ce praticien a en outre retenu une pathologie de l'épaule droite, secondaire à une petite rupture du sus-épineux et des troubles statiques cervico-dorsolombaires. Enfin, pour lui, la situation était plus préoccupante sur le plan socioprofessionnel que médical.
12. Le diagnostic de fibromyalgie a été repris par le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie, en date du 8 mars 2005 (présence de 18 points). Ce praticien a en outre constaté la présence d'un état dépressif, d'un status post-opératoire suite à l'accident de l'épaule droite, ces atteintes ayant des répercussions sur la capacité de travail. Il a également retenu le diagnostic d'hypothyroïdie sans répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr D_____ a par ailleurs considéré que l'assurée était incapable de travailler à 100% dans son métier. Par contre, elle pouvait exercer à 50% une autre activité physiquement moins lourde, à raison de 3 à 4 heures par jour. Elle pouvait rester en position assise une heure et en position debout 30 minutes par jour. Il lui était toutefois impossible de tenir la même position du corps pendant longtemps. Les limitations fonctionnelles suivantes ont également été relevées: position à genoux, inclinaison du buste, position accroupie, utilisation des deux bras, lever, porter ou déplacer des charges, se baisser. Un horaire irrégulier, un travail en hauteur et des déplacements sur sol irrégulier ou en pente ne pouvaient être exigés de l'assurée. Compte tenu des limitations fonctionnelles, le Dr D_____ suggérait une activité de surveillante à 50%.

13. Le 4 avril 2005, l'ancien employeur de l'assurée, XA_____ (SUISSE) SA, a rempli le questionnaire qui lui était destiné. Il ressort de ce document que l'intéressée occupait une activité à 100% à raison de 40 heures par semaine, pour un salaire annuel brut de 54'080 fr. en 2000.
14. Dans un rapport du 23 mai 2005, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée était capable de travailler à 50% mais qu'elle était au chômage, en fin de droit. Ce médecin relevait également que la fonction globale de l'épaule ne semblait pas très

diminuée, le port de charge et les gestes répétitifs étant toutefois à proscrire. L'assurée présentait une diminution de rendement mais un poste de gardien de musée était envisageable. Elle pouvait rester assise 8 heures par jour, debout de 4 à 6 heures et garder la même position pendant 3 heures. L'alternance des positions assise et debout ainsi que l'alternance des positions précitées et de la marche était également exigibles, tout comme les positions à genoux. Le praticien précité a toutefois relevé une motivation moyenne pour la reprise d'un travail ou d'un reclassement professionnel, l'absentéisme prévisible étant également qualifié de moyen.

15. Le 25 novembre 2005, le Dr A_____ a posé les diagnostics suivants ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée: tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite, troubles statiques rachidiens (scoliose dorsolombaire), périarthrite de la hanche droite et légère limitation fonctionnelle (coxarthrose débutante) et syndrome douloureux chronique. En 2005, l'incapacité de travail était de l'ordre de 10 à 30% selon le travail effectué. Elle s'élevait probablement à plus pour le syndrome douloureux, le Dr A_____ émettant l'hypothèse d'une incapacité de travail de 50%. Par ailleurs, l'assurée était en mesure d'exercer une activité de vendeuse ou de bureau à raison de 50%.
16. Quant au Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, il a diagnostiqué, dans un rapport du 17 janvier 2006, les atteintes suivants comme ayant des répercussions sur la capacité de travailler de l'assuré: trouble thyroïdien, fibromyalgie, épisode dysphorique à répétition, kystes ovariens persistants des deux côtés et exérèse de kyste en novembre 1990. Il n'a toutefois vu l'assurée qu'à deux reprises et a donc renvoyé l'OAI au médecin traitant pour l'évaluation de l'état de santé.
17. En raison du diagnostic de syndrome douloureux chronique, le SERVICE MEDICAL REGIONAL AI (ci-après: SMR) a soumis l'assurée à une expertise afin de compléter l'instruction médicale.

Les examens clinique et psychiatrique pratiqués en date des 19 octobre et 8 décembre 2006 par les Dresses F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation-rhumatologique et G_____, spécialiste FMH en psychiatrie, experts au Centre d'expertise médicale, ont permis de poser les diagnostics suivants comme n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travailler de l'assurée: cervico-dorsolombalgies intermittentes sur troubles statiques et dégénératifs (cypho-scoliose en S, discopathies et arthrose facettaire), rupture du sus-épineux partielle dans sa partie antérieure et distale et status post-acromioplastie de l'épaule droite en 2000 pour tendinopathie du sus-épineux, trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptôme somatique (CIM-10: F33.10), majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10: F68.0) et trouble de la personnalité non spécifique.

La pression des points caractéristiques de fibromyalgie ainsi que la palpation de la musculature lors de l'attention déviée n'étaient pas douloureuses de sorte que la Dresse F_____ n'a pas trouvé d'argument en faveur du syndrome de fibromyalgie. Elle a toutefois estimé que l'assurée pouvait souffrir d'une maladie rhumatismale débutante, évoluant en dent de scie, qui pourrait mettre plusieurs années pour se déclarer mais qui, en l'état, n'engendrait pas de limitation fonctionnelle.

Sur le plan thymique, le diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, avec composante anxieuse très forte, a été retenu. Toutefois, la Dresse G_____ a considéré que l'assurée disposait de ressources suffisantes pour s'intégrer dans un travail adapté à ses capacités physiques de sorte qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles liées au trouble psychiatrique, pouvant entraîner une diminution de la capacité de travailler. Par ailleurs, elle a également retenu le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychiques, la symptomatologie douloureuse se basant sur des atteintes démontrables mais dépassant l'intensité habituellement rencontrée.

Les experts ont ainsi considéré que les chances de l'assurée pour se réinsérer professionnellement étaient conservées, l'atteinte psychique pouvant faire l'objet d'un traitement spécifique, avec de bonnes chances d'entrer en rémission.

Compte tenu des constatations qui précèdent, elles ont retenu une pleine capacité de travailler pendant 8 à 9 heures par jour, en position assise ou debout tenant compte des limitations suivantes: l'atteinte à l'épaule droite a pour conséquence une interdiction de faire des mouvements répétitifs, en élévation et en abduction au-delà de 60°, soulèvement répétitif et port de charge avec le membre supérieur droit. En raison des dorso-lombalgies, les mouvements répétitifs de flexion-extension et les positions maintenues en porte-à-faux du rachis étaient prohibées.

18. Dans un rapport du 19 juin 2007, le Dr H_____, médecin-chef adjoint auprès du SMR, a récapitulé les conclusions de l'expertise précitée et a émis la possibilité de mesures de réadaptation professionnelle.
19. Suite à l'expertise du 27 avril 2007, l'OAI a décidé de soumettre l'assurée à un stage d'observation professionnelle, afin de déterminer si ses capacités résiduelles étaient encore exploitables dans le milieu économique normal, l'intéressée n'ayant exercé durant toute sa carrière que des travaux lourds à moyennement lourds.

L'assurée s'est présentée à la journée d'introduction mais n'y est pas retournée, considérant que les exigences du stage étaient totalement impossibles pour elle. Elle a fourni un certificat médical du Dr D_____ du 18 janvier 2008, à teneur duquel elle ne pouvait pas effectuer des travaux physiques en raison de ses problèmes de santé.

Par courrier du 21 janvier 2008, l'OAI a mis l'assurée en demeure de se présenter au stage dans un délai de deux semaines. Si elle ne devait pas donner suite à cette mise en garde, ou dûment justifier son absence dans ce délai, l'office serait alors en droit de se prononcer en l'état du dossier conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA.

20. L'assurée ne s'étant plus présentée au stage, l'OAI lui a adressé, en date du 4 mars 2008, un projet de décision de refus de rente, le taux d'invalidité retenu de 34% ne donnant pas droit à une rente.
21. Par courrier du 2 avril 2008, l'assurée a fait valoir son droit d'être entendu. Elle reprochait notamment que l'OAI de n'avoir procédé à aucune investigation concernant sa capacité à accomplir des travaux habituels. En outre, il lui était impossible de se prononcer sur le degré de l'invalidité dès lors que le projet de décision ne faisait référence à aucune fiche de salaire ni à aucune donnée statistique. Elle concluait ainsi à des mesures d'ordre professionnel et subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité complète.
22. Le 22 avril 2008, l'OAI a confirmé le projet du 4 mars 2008.
23. Par recours du 26 mai 2008, complété le 14 juillet 2008, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision du 22 avril 2008 et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle conteste notamment la valeur probante du rapport d'examen du SMR du Dr H_____ du 19 juin 2007, celui-ci ne tenant pas compte des divers rapports médicaux figurant au dossier. Par ailleurs, sa capacité de travail est considérablement réduite en raison de la fibromyalgie dont elle souffre. De surcroît, l'OAI doit lui fournir une deuxième chance d'être soumise à des mesures de réadaptation professionnelle et lui offrir une aide au placement adéquate. Enfin, son état de santé s'est aggravé de sorte qu'il convient d'ordonner une nouvelle expertise.
24. Une audience de comparution personnelle, au cours de laquelle les parties se sont accordées sur l'octroi d'une aide au placement, s'est tenue le 17 février 2009.
25. Par arrêt incident du 24 février 2009, le Tribunal de céans a ordonné la mise en place d'une aide au placement et a suspendu l'instance jusqu'au résultat de la mesure précitée en application de l'art. 14 LPA.
26. Le 13 août 2009, la recourante a été entendue par l'OAI dans le cadre du mandat de placement. Elle a notamment indiqué qu'elle souhaitait retrouver un poste tel que celui qu'elle avait occupé au Musée d'art et d'histoire du 9 octobre 2002 au 8 octobre 2003 en qualité de surveillante, la position debout ne la gênant pas. Elle n'avait par contre aucune idée s'agissant des autres activités professionnelles qui pourraient être adaptées à ses limitations fonctionnelles.
27. Afin de déterminer les activités professionnelles adaptées, la recourante a participé à un stage aux Établissements publics pour l'intégration (EPI).

Ce stage s'est déroulé en deux temps. Du 2 novembre au 18 décembre 2009, la recourante a participé à un bilan d'évaluation (intramuros) avant le stage en entreprise. Dans l'atelier, elle n'a pas montré de signes d'inconfort ni de fatigue plus importants que la norme. Dans les activités très simples, son rythme de travail était normal. Elle n'a toutefois pas tout mis en œuvre pour être efficace, son engagement étant globalement moyen. Les capacités résiduelles de la recourante étaient toutefois exploitables dans le milieu économique, dans des activités très simples et répétitives en qualité d'ouvrière dans le conditionnement, sur machines, dans l'assemblage ou sur chaînes de production, ou encore en tant qu'employée dans la préparation et le conditionnement, de préférence dans une position assise avec possibilité d'alterner lorsqu'elle en ressentait le besoin et sans contrainte importante en charge et en réaction avec le membre supérieur droit.

Du 4 janvier au 12 février 2010, la recourante a participé à un stage dans l'entreprise XB_____ SA en qualité d'ouvrière au conditionnement, où les positions au travail étaient 50% debout et 50% assis, la recourante pouvant alterner les positions à sa guise.

A l'issue de la durée initiale du stage, le 22 janvier 2010, le résultat était compatible et la recourante motivée. Même si elle ressentait des douleurs à l'épaule et de la fatigue plus importantes le soir, elle trouvait l'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il a été décidé que ses rendements allaient être mesurés pendant les trois semaines suivantes.

Dès le 1^{er} février 2010, la recourante était incapable de travailler à 50% en raison de en raison des douleurs dans les cervicales et de sa fatigue.

Alors même que son responsable lui donnait uniquement les tâches les mieux adaptées à ses limitations, les rendements de la recourante étaient bas, de l'ordre de 50%. Pour les EPI, c'était un problème physique, et non un manque de volonté, qui ralentissait le rythme de la recourante.

28. Par courrier du 30 mars 2010, l'intimé maintient ses conclusions tendant au rejet du recours. En effet, le stage a permis de définir les activités adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante, soit des activités de conditionnement léger, d'assemblage et de montage léger ainsi qu'opératrice sur machine. Les conclusions des maîtres de stage sont uniquement fondées sur les douleurs et la fatigue alléguées par la recourante, éléments qui ne permettent pas de remettre en cause l'exigibilité médicale.
29. Dans un courrier du 3 mai 2010, la recourante considère que sa santé s'est détériorée, les douleurs ayant notamment augmenté. A l'appui de ses déterminations, elle produit les rapports suivants :

- Un rapport établi par le Dr D_____ le 30 avril 2010, selon lequel la recourante souffre d'une fibromyalgie et de dorso-lombalgies chroniques. Par ailleurs, son état de santé s'est péjoré depuis un an, vu l'apparition d'une périarthrite de l'épaule droite.
 - Dans un rapport du 14 avril 2010, le Dr B_____ retient une limitation de la capacité d'utilisation de l'épaule droite (activités répétitives, port de charges).
 - Selon le rapport du 16 avril 2010 du Dr I_____, la recourante souffre d'une hyperlordose cervicale avec rétrolisthésis de 1^{er} degré de C3 sur C4 avec un défaut d'alignement spino-laminaire. En outre, elle présente un début d'arthrose postérieure C2-C3 et C6-D1 prédominant à gauche à ce dernier niveau.
 - A teneur du rapport du Dr. J_____ du 26 avril 2010, elle souffre d'une lordose cervicale avec dessiccation discale débutante C5-C6 et d'un débord discal circonférentiel harmonieux. Une uncarthrose débutante est également mise en évidence à cet étage, toutefois sans signe de souffrance radiculaire.
30. Le 18 mai 2010, le SMR a considéré que les pièces médicales remises par la recourante n'apportaient aucun élément nouveau en faveur d'une limitation fonctionnelle supplémentaire.
31. L'intimé a dès lors persisté dans ses conclusions dans un courrier du 25 mai 2010. Celui-ci a été transmis à la recourante et l'affaire a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la demande de prestations est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions

correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).

3. Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'octroyer une rente à la recourante et plus spécifiquement s'il y a lieu de prendre en considération, dans l'évaluation de l'invalidité, la fibromyalgie dont elle souffre.
5. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, 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.
6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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. 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 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 et les références).

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

b) 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 autre. 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 enfin 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10

p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. Dans un premier grief, la recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu une capacité de travail entière. A cet égard, elle conteste tout d'abord la valeur probante du rapport d'examen du SMR du Dr H_____ du 19 juin 2007, celui-ci ne tenant aucunement compte des rapports médicaux constatant qu'elle souffre de fibromyalgie, de troubles du sommeil, de l'humeur et de la personnalité (recours du 14 juillet 2008, p. 6s). En d'autres termes, l'intimé aurait dû tenir compte du caractère invalidant de la fibromyalgie. De son côté, l'intimé estime que l'expertise du 26 avril 2007 disposait d'une pleine valeur probante et qu'il était donc légitimé à se fonder sur ces conclusions pour retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée.

a) La fibromyalgie est une affection à l'étiologie incertaine caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire qui s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (telles que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle).

Cette maladie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). En effet, ces deux atteintes à la santé présentent des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret (ATF 132 V 65, ATF non publié C_815/2008 du 28 mai 2009, consid. 3.1).

b) Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49).

Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la

présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Au sujet de ce dernier critère (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1).

c) Par ailleurs, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2).

d) Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un psychiatre lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le

marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss).

9. Le rapport du SMR du 19 juin 2007 résume en substance les conclusions de l'expertise du 26 avril 2007. En contestant la valeur probante dudit rapport, la recourante critique en réalité l'expertise réalisée par les Dresses F_____ et G_____. En d'autres termes, elle reproche à l'intimé d'avoir accordé pleine valeur probante au rapport du COMAI et non aux rapports médicaux de ses médecins traitants, les Dr D_____ et A_____.

a) Le Tribunal de céans constate tout d'abord que les experts ont rédigé leur rapport du 26 avril 2007 après avoir étudié les pièces du dossier, dont notamment les rapports médicaux des médecins traitants de la recourante. Le rapport d'expertise a été établi en se basant notamment sur une anamnèse complète et les conclusions des experts sont bien motivées. Elles ont notamment expliqué les raisons pour lesquelles elles n'ont pas retenu le diagnostic de fibromyalgie ni le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux. Les experts ont procédé à une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail. Enfin, leurs conclusions sont bien motivées. Par conséquent, le rapport du 26 avril 2007 remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une entière valeur probante.

b) S'agissant des médecins traitants de la recourante, il sied de rappeler que conformément à la jurisprudence précitée (notamment ATF 125 V 351), leurs rapports présentent une valeur probante inférieure aux expertises réalisées par les spécialistes. En outre, le diagnostic de fibromyalgie doit être posé par un rhumatologue avec le concours d'un psychiatre. Or, force est de constater que si le diagnostic de fibromyalgie a été posé par le Dr A_____, rhumatologue, aucun avis psychiatrique n'est venu le compléter. En effet, le Dr D_____ est médecin généraliste et non psychiatre, de sorte que son appréciation ne saurait disposer d'une quelconque valeur probante. Ainsi, le rapport médical du Dr A_____ ne suffit pas pour se prononcer sur la capacité de travail résiduelle en cas de fibromyalgie.

c) Pour toutes ces raisons, le Tribunal de céans considère, après avoir procédé à une appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c), que c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte des conclusions des experts et non des avis des médecins traitants, qui ne permettent pas de s'en écarter. Il n'est donc pas nécessaire de soumettre la recourante à une expertise judiciaire. A cela s'ajoute le fait que même si le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu, la recourante aurait dû présenter des facteurs d'une intensité telle que toute intégration dans la vie professionnelle aurait été compromise. Or, la recourante n'a plus consulté de psychiatre depuis 2004 et seul le diagnostic d'épisode dépressif

d'intensité moyenne a été retenu. La recourante ne présente donc aucune comorbidité psychiatrique. A cela s'ajoute le fait qu'elle ne souffre pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. En effet, elle sort souvent et suivait des cours de français. Elle passe beaucoup de temps dans la boulangerie portugaise du centre commercial et mange souvent avec ses filles, les voit le week-end et parfois dort chez celles-ci. Enfin, elle ne présente aucun état psychique cristallisé. Par conséquent, même si le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu, la recourante n'aurait pas présenté d'incapacité de travail, plusieurs des critères déterminants faisant défaut.

10. La recourante invoque ensuite une aggravation de son état de santé, avec une augmentation des douleurs et l'apparition d'un début d'arthrose postérieure C2-C3 et C6-D1 prédominant à gauche et d'une uncarthrose débutante, ce qui entraîne des limitations fonctionnelles supplémentaires.

a) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 6 mai 2008, 8C_441/2007 consid. 4.2 et du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

b) Dans le cas d'espèce, l'aggravation des douleurs et le début d'unarthrose et d'arthrose postérieure C2-C3 et C6-D1 prédominant à gauche sont apparus après que la décision querellée ait été rendue. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, il appartient à la recourante de solliciter la révision de la décision querellée voire de déposer une nouvelle demande de prestation d'invalidité en raison de ces atteintes.

Cela étant, même si le début d'unarthrose et d'arthrose postérieure était déjà existant en avril 2008, il n'en demeure pas moins qu'il n'aurait en aucun cas influencé l'appréciation de la capacité de travail dès lors que les limitations fonctionnelles qu'il aurait impliquées ont d'ores et déjà été mentionnées dans l'expertise du 26 avril 2007 et prises en considération par l'intimé en 2008.

C'est donc à juste titre que l'intimé n'a pas tenu compte de ces atteintes récemment constatées.

11. La recourante reproche en outre à l'intimé de ne pas avoir apprécié correctement sa capacité de gain résiduelle sur un marché équilibré. Elle considère tout d'abord que l'OAI aurait dû tenir compte des conclusions du stage professionnel, selon

lesquelles elle n'était pas en mesure d'exercer une activité dans le circuit économique ordinaire, dès lors qu'elle ne pouvait remplir les exigences demandées en termes de rythme de travail et de rendement. De son côté, l'intimé relève que les conclusions des maîtres de stage sont fondées sur les douleurs et la fatigue de la recourante, qui ne peuvent être prises en considération dans l'appréciation de la capacité de travail.

a) Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99]; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228).

Ainsi, le rôle d'un centre d'observation professionnelle n'est pas de se prononcer sur l'état de santé de la personne concernée et sur les répercussions d'une éventuelle atteinte à la santé sur l'aptitude au travail (ATF non publié 9C_631/2007 du 4 juillet 2008, consid. 4.1).

De plus, en cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage. Il appartient, en effet, aux médecins de se prononcer sur la capacité de travail d'un assuré, ses limitations fonctionnelles et le type d'activités encore exigibles (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références) dans la mesure où leur connaissance spécifique de la médecine leur permet de dépasser le stade de la simple observation in situ qui comprend trop de

facteurs incontrôlables (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2) pour emporter à elle seule la conviction dans une situation médicale controversée (ATF non publié 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3).

b) Dans la présente cause, les EPI ont considéré que l'augmentation des douleurs et de la fatigue chez la recourante justifiaient la diminution de rendement constatée.

C'est le lieu de relever, à titre liminaire, que compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail.

Les douleurs mentionnées par la recourante devaient ainsi être confirmées par des observations médicales concluantes pour pouvoir être prises en considération dans l'appréciation de la capacité de travail. Or, tel n'est pas le cas, les experts ayant notamment relevé qu'il existait une disparité entre les douleurs et les constatations médicales, retenant ainsi le diagnostic de majoration des symptômes pour des raisons psychiques. Il ressort également de l'expertise du 26 avril 2007 que l'atteinte psychique peut bénéficier d'un traitement spécifique, avec de bonnes chances d'entrer en rémission. En d'autres termes, avec la rémission de l'atteinte psychique, les douleurs de la recourante pourraient diminuer. Enfin, l'expert-psychiatre a considéré que l'assurée disposait des ressources suffisantes pour se réinsérer dans une activité professionnelle.

De surcroît, le Tribunal de céans constate que, dans l'atelier, l'intéressée n'a montré aucun signe d'inconfort ou de fatigue plus important que la norme. Dans les activités très simples, son rythme de travail était même normal. Les trois premières semaines du stage se sont bien déroulées. Ce n'est que lorsqu'elle a été informée que les rendements allaient être mesurés que la recourante a fourni un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 50% et que les rendements se sont avérés inférieurs à la norme.

Conformément à la jurisprudence précitée, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'appréciation personnelle et subjective du chef de secteur des EPI, influencé par le comportement de la recourante. En effet, son rôle est de décrire les activités qui

pourraient convenir aux limitations fonctionnelles de la recourante et non de se prononcer sur l'état de santé et son influence sur la capacité de travail de l'assuré.

C'est donc à juste titre que l'intimé a fondé sa décision sur l'appréciation médicale des experts et non sur l'appréciation personnelle du chef de secteur.

12. Toujours en rapport avec l'évaluation de la capacité de gain, la recourante considère ensuite que le dossier de l'intimé ne comportait aucun élément permettant d'affirmer qu'elle pourrait mettre à profit sa capacité résiduelle à 100% sur un marché équilibré. A l'appui de sa position, elle cite l'arrêt non publié Z. du 9 décembre 1999, P18/02.

a) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude.

Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt I 377/98 du 28 juillet 1999 consid. 1 et les références, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à

l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêt I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). A cet égard, il sied de préciser que dans le Tribunal de première instance a considéré que l'âge de 60 ans et deux mois pour un homme, n'était pas proche de la retraite (arrêt 9C_393/2008 du 27 janvier 2009). Ainsi en était-il également de l'âge de 58 ans (arrêt 9C_800/2008 du 18 septembre 2009).

b) Dans le cas d'espèce, la recourante était âgée de 57 ans au jour de la décision litigieuse. Elle n'est donc pas proche de l'âge de la retraite dès lors que celui-ci est fixé à 64 ans pour les femmes. Elle a par ailleurs admis à plusieurs reprises qu'elle souhaitait retrouver une activité de surveillante dans un musée, activité qu'elle a exercée sans interruption pendant un an en 2002-2003. En outre, l'expertise précise les limitations fonctionnelles - au demeurant assez courantes - qui s'imposent dans le cas de la recourante. Il convient donc d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière.

Compte tenu des considérations qui précède, le Tribunal de céans considère qu'il n'y a aucun élément qui permette de considérer que la recourante ne pourrait pas mettre à profit sa capacité de travail sur un marché équilibré

13. Par ailleurs, la recourante conteste le calcul du taux d'invalidité et plus particulièrement le salaire avec invalidité de 35'400 fr. retenu par l'intimé.

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C_699/2008 du 26 janvier 2009).

c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545, et les références citées).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité a, dans le cas concret, adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références).

14. a) Déposée le 20 janvier 2005, soit largement plus de douze mois après la survenance de l'incapacité de travail (art. 29 al. 1 let. b LAI), la demande de prestations de la recourante se révèle tardive au sens de l'art. 48 al. 2 LAI, de sorte que le début du droit à une éventuelle rente d'invalidité, partant le moment où il convient de procéder à la comparaison des revenus (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174), doit être fixé au mois de janvier 2004 (art. 48 al. 2 LAI).

b/aa) S'agissant du revenu sans invalidité, il ressort du questionnaire pour l'employeur rempli le 4 avril 2005, que le salaire annuel de la recourante était de 54'080 fr. en 2000. En retenant les variations annuelles des salaires nominaux (Indice suisse des salaires nominaux - ISS), son revenu annuel se serait élevé à 58'305 fr. 33 en 2004 (55'432 fr en 2001 soit +2.5% par rapport à l'année précédente; 56'706 fr. 94 en 2002 soit +2.3% par rapport à l'année précédente; 57'670 fr. 95 en 2003 soit +1.7% par rapport à l'année précédente et enfin 58'305 fr. 33 en 2004 soit +1.1% par rapport à l'année précédente).

b/bb) En ce qui concerne le revenu d'invalidité, la recourante a repris le travail de manière intermittente après l'accident du 23 avril 1998. Elle ne travaille toutefois plus depuis le 4 mars 2005. Ainsi, le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique.

Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2004, pour un femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 3'893 fr. soit un montant annuel de 46'716 fr. Dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap du recourant.

Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2004 (41.6 heures: La Vie économique, 4/2010, tableau B 9.2 p. 90). Il convient ainsi d'adapter le salaire mensuel. En appliquant l'adaptation nécessaire, le salaire mensuel brut s'élève à 4'048 fr. 72 soit un salaire annuel brut de 48'584 fr.64.

Par ailleurs, l'OAI a retenu un abattement de 20% en raison des limitations fonctionnelles ainsi des difficultés d'adaptation dues à l'âge et aucun élément ne justifie de diverger de ce pourcentage, étant précisé que la réduction maximale est de 25%.

Par conséquent, après indexation et abattement, le salaire d'invalidé de la recourante s'élève à 38'867 fr. 71.

c) La recourante présente ainsi un degré d'invalidité de 33.34 % ($(58'305.33 - 38'867.71) : 58'305.33 \times 100 = 33.34 \%$), soit 33% en arrondissant au nombre entier le plus proche, ce qui n'est pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente. Même en retenant un abattement de 25%, le degré d'invalidité de la recourante de 37.5% n'aurait pas été suffisant pour ouvrir le droit à une rente ($(58'305.33 - 36'438.48) : 58'305.33 \times 100 = 37.5 \%$).

15. Enfin, la recourante réclame, dans son recours, des mesures de réadaptation professionnelle et une aide au placement. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 17 février 2009, l'intimé s'est déclaré d'accord avec une aide au placement.

a) À teneur de l'art. 8 al.1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

a/aa) Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a).

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, même minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir

droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

a/bb) L'art. 15 LAI prévoit que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Cette disposition suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG).

a/cc) Enfin, à teneur de l'art. 18 al. 1 lit. a LAI, l'assuré qui présente une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA et qui est susceptible d'être réadapté a droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié.

Pour le Tribunal fédéral, il n'y a pas d'invalidité au sens de l'art. 18 LAI (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à son état de santé et qu'il ne présente pas de limitations liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles du comportement qui l'entraveraient dans sa recherche de travail (p.ex. pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité) (arrêt du 24 décembre 2002, I 669/02; arrêt non publié F. du 15 juillet 2002, I 421/01). Ainsi, lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt [du Tribunal fédéral des assurances] I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c in VSI 2003 p. 274 s.), principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4e révision de l'AI (arrêt 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010; voir également arrêt I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162).

b) En l'espèce, bien que le degré d'invalidité de la recourante soit supérieur à 20%, il n'y a pas lieu de lui octroyer une mesure de reclassement, attendu qu'un marché du travail équilibré lui offre un éventail de postes suffisamment large et diversifié adapté à ses limitations et pour lesquels une mise au courant suffit. Par ailleurs, elle a déjà bénéficié d'une aide sous forme d'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI, ce qui a permis de constater qu'elle pourrait occuper un poste d'ouvrière dans le conditionnement (produits pharmaceutiques), sur machines (polissage), dans l'assemblage (pièces simples) ou sur chaînes de production ou encore un poste d'employée dans la préparation et le conditionnement (plateaux repas et produits alimentaires). Ainsi, dès lors que la recourante ne présente que des limitations fonctionnelles liées au type d'activité qu'elle pourrait exercer, et non des limitations

qui l'entraveraient dans sa recherche d'emploi au sens de la jurisprudence précitée, le droit à une aide de placement doit également être nié.

16. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en 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 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 à 500 fr. sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette
3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :

Nicole WENGER

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