

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/725/2011

ATAS/1087/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 novembre 2011

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Châtelaine, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Suzette CHEVALIER

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Florence KRAUSKOPF, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Luis ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en 1965, est mère d'un enfant né en 1991. Elle a exercé successivement des activités de fille de buffet, d'aide hospitalière, de vendeuse et de ménagère.
2. Elle allègue souffrir depuis plusieurs années de douleurs lombaires. En septembre 2008, celles-ci l'ont contrainte à interrompre son travail. Jusqu'au 4 septembre 2008, respectivement 30 octobre 2008, elle a été employée de X _____ SA à raison de 4 heures par jour et de Y _____ SA pour qui elle effectuait deux heures de nettoyage par jour.
3. Le 3 novembre 2008, elle a demandé à l'assurance-invalidité le bénéfice de moyens auxiliaires.

Cette demande a été acceptée, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), entre-temps devenu OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE (OAI), prenant en charge les frais d'un corset fait sur mesure, destiné à soulager les douleurs dorsales liées à l'hernie discale gauche L5-S1.

4. Le 30 mars 2009, l'OAI a reçu la demande de prestations de rente/mesures professionnelles de l'assurée.
5. Selon les pièces médicales au dossier, l'assurée souffre de douleurs aiguës lombosacrées irradiant vers la jambe et le pied gauches. Le Dr L _____ a mis en évidence, le 6 septembre 2008, une "spondylolyse isthmique L5 bilatérale, une spondylolisthésis L, grade 1 selon Meyerding, une bascule du bassin de 8 mm, une scoliose à convexité G, à sommet L2, un angle scoliotique selon Cobb de 6°".

L'IRM pratiquée par la Dresse M _____ le 20 octobre 2008 a montré un "discret antélisthésis de L5 sur S1 sur lyse isthmique et petite hernie discale foraminale L5-S1 gauche".

Le Dr N _____, spécialiste en neurologie, retient l'absence d'un déficit neurologique, le 24 novembre 2008, mais retient que les douleurs décrites sont compatibles avec les constatations de la Dresse M _____.

Selon le médecin traitant, le Dr O _____, la patiente présente, depuis septembre 2008, une discrète anthélisthésis L5 sur S1 sur lyse isthmique et une petite hernie discale foraminale L5-S1 gauche. Depuis octobre 2008, il a également observé un syndrome du tunnel carpien droit débutant. La patiente souffre, en outre, de lombosciatalgies et de lourdeurs au niveau postérieur de la cuisse et des mollets, de paresthésies épisodiques de la main droite, de jour et de nuit. Sa capacité de travail en tant que nettoyeuse est nulle depuis le 9 mars 2009; une reprise de l'activité n'était envisageable qu'à 50%. Elle ne pouvait porter de charges excédant

2 kg, ni travailler en position de "porte-à-faux" ni effectuer de flexions répétées du tronc.

Le 20 avril 2009, le Dr P _____ du Service de neurochirurgie des HUG a proposé une opération de fixation par voie postérieure, relevant cependant l'absence d'urgence d'y procéder. Il a, en outre, préconisé un traitement algique "poussé", laissant le soin au médecin traitant d'évaluer l'efficacité de celui-ci.

Interpellé par l'OAI le 23 décembre 2009, le Dr O _____ a considéré qu'il n'y avait pas de changement depuis l'établissement de son précédent rapport, à l'exception d'une épicondylite, présente depuis septembre 2009. Il estimait la capacité médico-théorique, dans son rapport du 22 décembre 2009 destiné à l'assureur maladie, à 4h par jour, précisant que cette activité n'était alors pas exigible.

6. Dans le cadre de la procédure AI, l'assurée a suivi un stage d'orientation auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI) du 3 au 30 août 2009. Le rapport de stage relève que la collaboration de l'assurée a été "très correcte". Celle-ci était proactive et a répondu favorablement aux demandes des EPI. Elle avait montré une "excellente continuité dans son travail, sans dispersion ni attentisme". Elle rencontrait des limitations fonctionnelles importantes en position assise, ne pouvant rester assise plus de 10 à 15 minutes. Moyennant des aménagements concernant le port de charges et les positions de travail, elle pouvait cependant réintégrer le circuit économique ordinaire. Les cibles professionnelles visées étaient: patrouille scolaire, employée de cafétéria dans un EMS ou surveillante de vols dans un magasin. Les EPI demandaient à ce que l'assurée puisse enchaîner par un stage en entreprise, dans une cafétéria par exemple, mesure accordée par décision du 21 octobre 2009.
7. A l'issue de ces stages, il est apparu que les activités proposées n'étaient soit pas compatibles avec les atteintes à la santé de l'assurée (aide en cafétéria, aide-lingère, surveillante vols), soit pas rémunérées (patrouilles scolaire). L'évaluation mentionnait à nouveau la bonne collaboration de l'assurée, son engagement étant jugé "très bon" et sa bonne volonté était soulignée.
8. Au vu de l'échec des mesures de réadaptation d'ordre professionnel, l'OAI a informé l'assurée, le 5 novembre 2009, qu'il allait examiner son droit à des prestations de rente.
9. Le 24 juin 2010, le Dr Q _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a procédé à un examen clinique de l'assurée au Service médical régional (SMR). Au terme de celui-ci, il a retenu, comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, des lombo-sciatalgies chroniques, une spondylolyse L5 bilatérale, un spondylolisthésis L5-S1 au premier degré et une hernie discale foraminale L5-S1, M 43.1. Le traitement était "largement susceptible

d'être amélioré" tant sur le plan antalgique que celui de la rééducation et du renforcement musculaire. En cas d'échec d'un traitement conservateur bien conduit, une spondylodèse par voie postérieure L5-S1 était indiquée. Dans une activité adaptée, l'assurée pouvait travailler à 100% depuis le 9 mars 2009.

10. Dans sa note finale, le SMR a ainsi retenu une capacité de travail à 100% dans une activité évitant le maintien prolongé en toutes postures debout ou assise, les mouvements rapides, de la tête et du tronc ainsi que le port régulier de charges de plus de 5 kg ou occasionnel de plus de 10 kg sollicitant le dos et les mouvements répétitifs pro-supination du membre supérieur droit.
11. Considérant que l'assurée avait travaillé à environ 75% comme nettoyeuse et qu'elle avait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, l'OAI a estimé, dans une note du 27 septembre 2010, qu'il n'y avait pas d'invalidité dans la sphère professionnelle. Une enquête à domicile n'était ainsi pas indiquée. Même en admettant des empêchements de 100%, l'invalidité globale n'atteindrait pas 40%.
12. Par décision du 8 février 2011, reçue par l'assurée à son domicile élu le lendemain, l'OAI a refusé toute rente et mesure d'ordre professionnel, maintenant ainsi son projet de décision, dûment communiqué à l'assurée. L'OAI a motivé son refus par le fait qu'il ressortait de la comparaison du revenu sans invalidité exercé à 68% et du revenu possible avec invalidité à 100% que le degré d'invalidité était de 0%.
13. Par acte expédié le 8 mars 2011 à l'attention de la Cour de justice, l'assurée recourt contre cette décision, dont elle demande l'annulation. Préalablement, elle sollicite la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire aux fins de déterminer sa capacité de travail et les limitations éventuelles en cas de capacité de travail partielle. Principalement, elle conclut à l'allocation d'une rente d'invalidité entière depuis le 5 septembre 2009, subsidiairement d'une rente partielle depuis cette date et le bénéfice de mesures d'ordre professionnel.

Elle annexe à son recours le courrier du Dr O_____ du 10 janvier 2011, exposant qu'un changement fréquent de position durant huit heures par jour serait nocif. Par ailleurs, il conteste que le traitement algique ne soit pas approprié, relevant que le SMR ne précise pas lequel serait mieux adapté. Il réitère son appréciation selon laquelle la patiente ne peut exercer une activité adaptée à son état de santé que pendant quatre heures par jour. Est également joint un rapport du 27 décembre 2010 du Dr R_____, psychiatre, indiquant suivre la recourante depuis le 15 février 2010 et posant le diagnostic de dépression sévère, la capacité de travail étant nulle dans toute activité.

14. Il ressort du dossier que ces documents avaient déjà été soumis à l'intimé dont le service médical (Dr S_____) a estimé, dans son avis du 24 janvier 2011, qu'ils n'étaient pas de nature à modifier son appréciation. Le diagnostic de dépression sévère n'était pas corroboré par les critères définis par la classification

internationale OMS-CIM-10, ni par l'anamnèse faite en juin 2010, ni encore par la médication prescrite. En outre, l'appréciation du Dr O _____ était imprécise et n'émanait pas d'un spécialiste de la médecine physique et de rééducation.

15. Se référant à sa décision et aux déterminations du SMR, l'OAI a conclu au rejet du recours.
16. Invité par la Cour à indiquer quelle activité adaptée à ses limitations fonctionnelles la recourante pourrait exercer, l'intimé a exposé qu'il pouvait s'agir d'une activité de conditionnement léger (petits objets à emballer) ou d'employée polyvalente en industrie (ébavurage, polissage/sablage, lavage de pièces) ainsi que de toute activité permettant des mesures classiques d'épargne du rachis. Par ailleurs, l'intimé a également mentionné les activités de contrôle dans le domaine pharmacologique ou de l'industrie, telles que l'activité de contrôleuse/visiteuse en salle blanche (vérification visuelle d'un objet fini tel une montre, un briquet, un stylo).
17. L'assurée a relevé que selon les constatations médicales et le stage effectué sous l'égide du COPAI, un travail sur la journée entière est difficilement possible. Elle a annexé un nouveau certificat du Dr O _____, selon lequel elle n'est pas en mesure de travailler plus de 4 heures par jour dans un travail adapté, et a maintenu ses conclusions.
18. Dans sa détermination du 16 août 2011, l'intimé souligne que le courrier du Dr O _____ n'apporte aucun élément nouveau. Les rapports médicaux et les constats de l'EPI concordaient quant à la nature et l'étendue des limitations fonctionnelles. L'intimé a ainsi également persisté dans ses conclusions.
19. Les parties ont été informées, par courrier du 22 août 2011, que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) 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.

Formé dans le délai et la forme prescrits loi (art. 60 et 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. La recourante soutient que la décision querellée ne tient pas suffisamment compte de ses atteintes tant physique que psychique. Elle considère, en effet, que ses

problèmes lombaires ne lui permettent pas d'exercer une activité adaptée au-delà de quatre heures par jour.

- a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (art. 4 al. 2 LAI). Ce moment doit être déterminé objectivement sur la base de l'état de santé. Il ne coïncide pas forcément avec la date à laquelle une demande a été présentée, ni à celle à partir de laquelle une prestation a été requise ni avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance. S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité correspond au moment où celui-ci prend naissance, en application de l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le 1er jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 5 9 consid. 2b et références y citées).

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b; 125 V 195 consid. 2).

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; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344

consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 94 consid. 4b; 122 V 162 consid. 1d).

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. A cet égard, il importe 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 (ATF 125 V 352 consid. 3).

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; ATF np du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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 (ATF 107 V 20 consid. 2b). L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a; 109 V 28).

- b) En l'espèce, l'intimé a conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Pour conclure de la sorte, l'intimé s'est basé sur le rapport du Dr Q_____. Force est de constater que ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, quoi qu'en dise la recourante. En effet, ce médecin l'a établi sur la base des pièces médicales de la recourante, a tenu compte des plaintes exprimées par l'intéressée et a ausculté cette dernière. De plus, ce spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie a clairement expliqué les diagnostics retenus dont on relèvera qu'ils correspondent parfaitement à ceux posés par les différents médecins consultés par la recourante. En outre, la Cour de céans ne met en exergue aucune circonstance particulière permettant de douter de l'indépendance du Dr Q_____.

Par ailleurs, le Dr O_____ n'a avancé aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions du Dr Q_____ sur le plan purement somatique. Il ne diverge que sur la question de l'évaluation de la capacité de sa patiente à exercer une activité lucrative eu égard à son état de santé physique. Or, sur ce point, le Dr Q_____ a bien motivé son avis. Il a préconisé - comme d'ailleurs le Dr O_____ - d'alterner la position debout avec la position assise, d'éviter le port de charges, les travaux effectués en étant penchée en avant ou en porte-à-faux ainsi que les mouvements répétitifs en pro-supination du membre supérieur droit. Dans ces conditions et en suivant un traitement antalgique et de rééducation et de renforcement musculaire, la capacité de travail de l'assurée était entièrement préservée. Le Dr O_____ ne critique pas cette appréciation. Il relève uniquement qu'un changement fréquent de position serait nocif. Cette remarque n'est pas contraire à l'appréciation du Dr Q_____, qui n'a pas préconisé un changement fréquent, mais recommandé d'éviter le maintien prolongé dans l'une ou l'autre position. Par ailleurs, le médecin traitant affirme que le port d'un corset représente un traitement lourd et soutient qu'il n'est pas admissible de "droguer massivement une personne pour pouvoir l'expédier au travail". En outre, la physiothérapie n'apporterait pas d'amélioration. Or, un traitement antalgique plus poussé a également été proposé par le Dr P_____, d'une part. D'autre part, il n'apparaît pas qu'un traitement de rééducation et de renforcement musculaire aurait été entrepris ni, a fortiori, que celui-ci aurait été inefficace.

Dans ces conditions, il convient de se ranger à l'avis du Dr T_____, sans qu'il soit besoin de mettre sur pied une expertise judiciaire ainsi que le demande la recourante. Il convient à cet égard de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée

par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, ainsi qu'on l'a vu.

La recourante s'appuie sur la remarque émise par les EPI selon laquelle "un travail sur une journée serait difficilement tenu" pour en déduire une capacité de travail réduite. Or, les deux stages organisés par les EPI d'aide en cafétéria et d'aide-lingère ne tenaient pas suffisamment compte des limitations fonctionnelles de la recourante, le premier comportant le port de charges ainsi que l'impossibilité de changer de position, et le second ne permettant pas non plus de changer de position. Ces deux stages n'ont fait que mettre en exergue les limitations fonctionnelles décrites par le Dr Q_____ et ne contredisent nullement l'avis de ce dernier sur ce point. L'affirmation selon laquelle "un travail sur une journée serait difficilement tenu" semble d'ailleurs être mise, dans le rapport, en relation avec les limitations fonctionnelles constatées, à savoir la difficulté à rester plus de 10-15 minutes dans la position assise et le besoin de mobilité. Il ne ressort pas du rapport que moyennant la prise en compte des aménagements rendus nécessaires par les limitations fonctionnelles, la recourante ne pourrait pas travailler pendant toute une journée. Le rapport établi par les EPI conclut, au demeurant, que la recourante peut réintégrer le circuit économique normal, à condition que des aménagements concernant le port de charges et les positions de travail soient proposés. Il ne vient donc pas contredire l'appréciation médicale sur les limitations fonctionnelles.

Il suit de ce qui précède que la Cour retiendra, conformément aux conclusions du rapport du Dr Q_____, qu'en mars 2009, la recourante avait recouvré, sur le plan somatique, la capacité d'exercer à plein temps et plein rendement une activité adaptée.

Sur le plan psychiatrique, la recourante a invoqué, peu avant que la décision litigieuse soit rendue, souffrir d'une dépression sévère et avoir consulté à plusieurs reprises le Dr R_____, psychiatre, en 2010. Ces éléments justifiaient, d'après elle, qu'il soit procédé à une expertise psychiatrique.

Il est vrai que le Dr Q_____ a observé le 24 juin 2010 que la patiente souffrait d'angoisse et qu'elle était suivie depuis trois mois par le Dr R_____ pour des entretiens à raison d'une fois par mois. Toutefois, le Dr O_____, qui n'est certes pas psychiatre, mais suit la patiente de manière régulière, n'a jamais mis en exergue, dans ses nombreux rapports, l'existence d'un état dépressif. La

recourante n'a pas non plus mentionné un tel état lors de l'examen par le Dr Q_____. Par ailleurs, les séances avec le psychiatre n'ont lieu qu'une à deux fois par mois. Partant, la Cour de céans en conclut que l'épisode dépressif n'était pas d'une gravité telle qu'il avait une répercussion sur la capacité de travail au moment de la notification de la décision dont est recours. Il n'y a donc pas lieu de tenir compte d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique en février 2011, date de la décision, de sorte que la Cour de céans ne juge pas utile de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

3. Reste à se prononcer sur le calcul du degré d'invalidité de la recourante.
 - a) L'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, 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. Pour ce faire, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174).

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où

l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; 117 V 194 ss consid. 3b).

Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque l'assuré n'exerce une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon la méthode générale qui vient d'être décrite. Quant à l'invalidité dans la part réservée aux travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA - on entend par là l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré -, elle est évaluée selon l'art. 27 RAI. Il faut donc en premier lieu déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). On évaluera ainsi le degré d'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle par comparaison des revenus (art. 16 LPGA); on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a; RCC 1980 p. 565; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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. 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 130 V 348 consid. 3.4; 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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).

Le revenu d'invalide 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). 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).

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. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

- b) En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante avait réalisé en 2008, en travaillant à 68%, un salaire annuel de 32'574 fr. Ce montant n'est pas contesté; il est, au demeurant, conforme aux indications fournies par les employeurs de la recourante et ses relevés de compte individuel de cotisations AVS.

Quant au revenu après invalidité, étant rappelé que la recourante pourrait exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations, il y a lieu, conformément à une jurisprudence bien établie, de se référer aux données statistiques (ESS) lorsque, comme en l'espèce, l'assurée n'a pas repris d'activité lucrative. Pour une activité simple et répétitive de 40 heures (ESS 2008 TA 1), le salaire annuel s'élevait pour les femmes à 4'116 fr. en 2008. Dans cette catégorie, l'on trouve des activités qui peuvent être adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante et qui ne demandent aucune formation professionnelle, telles que celles mentionnées par l'intimé, à savoir la manutention d'objets légers, l'ébavurage, le polissage, le lavage de pièces ou encore une activité de contrôleuse ou visiteuse. Compte tenu de l'horaire de travail de 41,7 heures habituelles dans les entreprises en 2008 (cf. Office fédéral de la statistique), cela équivaut à un revenu annuel de 51'491 fr. En l'absence d'éléments permettant de retenir que la recourante avait en vue de

modifier son taux d'activité lucrative et compte tenu du fait qu'elle n'émet aucune critique à l'encontre de la décision attaquée en ce qui concerne l'exercice à temps partiel d'une activité professionnelle, le taux d'activité sera maintenu à 68%. Avec invalidité, le salaire serait ainsi de 35'014 fr. pour un taux d'occupation de 68%.

Les limitations fonctionnelles de la recourante, soit alterner la position debout avec la position assise, éviter le port de charges, les travaux effectués en étant penchée en avant ou en porte-à-faux ainsi que les mouvements répétitifs en pro-supination du membre supérieur droit, ont également une répercussion sur le travail effectué par elle dans une activité adaptée et son manque de polyvalence. En outre, le critère du taux d'occupation partiel est réalisé. De ce fait, il se justifie de prendre en considération un abattement de 15%. Partant, le revenu d'invalidité est de 29'762 fr. La comparaison des revenus laisse ainsi apparaître un degré d'invalidité de 8,64%.

Au vu de ce taux d'invalidité dans l'activité professionnelle, il n'y a pas lieu de rechercher celui relatif à l'empêchement de l'activité ménagère de 32%, dès lors que, même s'il était de 100%, l'invalidité ainsi déterminée n'atteindrait pas le pourcentage de 40% ouvrant le droit à une rente. En effet, le taux de 8,64% qui entre à raison de 68% dans l'appréciation globale d'invalidité, est ajouté au taux d'empêchement dans la sphère ménagère (hypothétiquement arrêté à 100%), qui entre en compte à raison de 32%. Le degré d'invalidité global, en admettant un empêchement à 100% de l'activité de ménagère, serait alors de 37,87% $[8,64 \times 0,68] + [100 \times 0,32]$. Ainsi, même en admettant un empêchement total pour l'activité ménagère - ce qui ne paraît pas plausible en l'espèce - le degré d'invalidité de 40% ne serait pas atteint.

Par ailleurs, la recourante ne peut bénéficier de mesures d'ordre professionnel, dès lors que celles-ci ne sont octroyées que lorsque le degré d'invalidité dans l'activité professionnelle est de 20% au minimum (ATF 130 V 488 consid. 4.2), seuil non atteint en l'espèce puisque ce taux n'est que de 8,64%.

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

4. Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, un émoulement de 300 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe.

* * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 300 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

Maryse BRIAND

Florence KRAUSKOPF

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