

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 septembre 2010

Présidence de M. DIND
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

F. _____, à Vevey, recourante, représentée par Procap, service juridique,
à Bienne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 7, 8 et 16 LPGA; 4 al. 1, 17 et 28 LAI

E n f a i t :

A. Le 22 avril 2003, F. _____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1961, d'origine portugaise au bénéfice d'un permis C, mariée et mère d'un enfant adulte, sans formation professionnelle, a déposé une demande de prestations AI, invoquant une arthrose sévère sur les deux pieds à plusieurs endroits.

Le 26 mai 2003, elle a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 100% en tant que femme de chambre pour des raisons financières et par intérêt personnel.

a) Dans un rapport du 31 mai 2004, le Dr M. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine générale, a retenu les diagnostics suivants:

"A. Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

- Arthrose sévère du médiotarse bilatéral.
- Cervicodorsalgies sur troubles statiques rachidiens.

B. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail:

- Troubles dysthymiques anxieux.
- Léger excès pondéral."

Selon lui, dans le métier de femme de chambre (activité habituelle), l'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 18 février 2003. L'état de santé était stationnaire et aucune mesure n'était susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle. Ce médecin a estimé que l'exercice d'une activité adaptée était exigible.

Dans un rapport du 17 juin 2003, la Dresse V. _____, médecin traitant, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, a posé les diagnostics suivants:

"Diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail:

Troubles dégénératifs sévères concernant les membres inférieurs, en particulier les chevilles, l'arrière-pied et le médio-pied. Avec bursite du tendon d'Achille récidivante.

Status après chute en 1994 et fissure de la jonction sacrococcygienne du coccyx et de la région sacro-iliaque droite. Douleurs chroniques de cette région.

Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail:

Status après pleuro-péricardite en janvier 1996 avec adhérence latéro-thoracique droite."

Elle a retenu les incapacités de travail suivantes: 100% du 18 février au 10 mars 2003, 50% du 11 mars au 18 mars 2003, 0% du 19 mars au 6 avril 2003, 50% le 7 avril 2003, 100% du 8 au 10 avril 2003, 50% le 11 avril 2003 et 100% depuis le 12 avril 2003. A son sens, l'état de santé de l'assurée s'aggravait et aucune mesure n'était en mesure d'améliorer la capacité de travail de celle-ci dans son activité habituelle. On extrait en outre ce qui suit de ce rapport:

"3. Patiente suivie depuis plusieurs années par son médecin traitant et sa rhumatologue qui a procédé à plusieurs radiographies que je n'ai jamais pu voir pour de multiples douleurs de l'appareil locomoteur. Lors de la première consultation le 24 janvier, la patiente décrit des douleurs dans les pieds, montrant spécialement la région des chevilles et de l'arrière-pied présentent constamment spécialement douloureuses au lever et qui augmentent en cours de journée avec l'activité professionnelle. Le début de cette poussée inflammatoire douloureuse remonte à décembre 2002 où la patiente a reçu des anti-inflammatoires très mal supportés au niveau de l'estomac et du point de vue cardio-circulatoire avec une rétention hydrique importante d'au moins 3 kg. Au status local, présence d'une inflammation classique au niveau de l'arrière-pied, au talon, correspondant à une bursite rétro calcanéenne avec douleurs à la palpation et à la mobilisation du médiotarse des deux côtés.

Constatations radiologiques: les radiographies standards montrent une arthrose très sévère du médiotarse avec importante ostéophytose des deux côtés.

6. Demande consilium au Dr G. _____, chirurgien orthopédique qui relève les troubles dégénératifs sévères pour lesquels il n'y a aucune sanction chirurgicale à proposer; il propose une continuation des traitements conservateurs de physiothérapie, associée à une mise au repos de longue durée, raison pour laquelle il conseille d'annoncer le cas à l'AI (daté 10 avril 2003).

7. Découle du consilium ci-dessus pronostic mauvais puisqu'il s'agit d'une maladie dégénérative s'aggravant."

De l'annexe à ce rapport, il ressort notamment ce qui suit:

"1.1 La patiente n'étant plus capable de se tenir debout sur ses pieds, il n'est pas possible d'exiger un travail de femme de chambre et gouvernante, il y a diminution du rendement non pas en qualité de travail mais en nombre d'heures possibles en raison des violentes douleurs apparaissant très rapidement.

2.1 Non, puisqu'il s'agit d'un travail manuel debout, sans possibilité d'adaptation.

2.2 Oui, il s'agirait d'une activité variée en position assise principalement mais également parfois debout ou en déplacement léger sans port de lourdes charges puisque la patiente a également eu des problèmes de rachis (hyper-lordose lombaire connue avec discopathie L5-S1 débutante mise en évidence en 1998 ainsi que remaniement arthrosique modéré interarticulaire L4-L5).

2.2.1 Cette activité pourrait être exercée à 100% si elle est adaptée."

b) Du 26 avril au 19 mai 2004, l'assurée a effectué un stage au COPAI. D'un rapport du 25 mai 2004 du médecin-conseil du COPAI (Dresse Q. _____) - lequel comprend une anamnèse, un examen clinique et des conclusions -, on extrait ce qui suit:

"Conclusions

F. _____ est une patiente portugaise de 43 ans, qui a dû interrompre son travail de femme de chambre en avril 03 en raison de douleurs multiples. Objectivement, ont pu être constatés des troubles statiques et dégénératifs assez importants du tarse des deux côtés, une petite discopathie L4-L5 et des dysbalances musculaires cervico-dorso-scapulaires. Ces douleurs s'inscrivent dans un contexte de fibromyalgie. Par ailleurs, F. _____ présente des troubles dysthymiques anxieux de longue date.

Dans les ateliers, de nombreuses limitations ont pu être observées. Elles concernent le rachis cervical, dont la mobilité est altérée. La gestuelle est lente, restant cependant précise, et F. _____ évite tout mouvement à bout portant. Elle alterne les positions assises/debout très régulièrement, préférant la position assise, dans laquelle elle développe cependant au fil du temps un inconfort tel que surviennent des troubles de la concentration, aggravant les baisses de rendement. A la marche, il existe une boiterie systématique. F. _____ évite tout déplacement inutile. Au cours des quatre semaines, les douleurs du membre supérieur droit et de la nuque se sont accentuées, au point que la qualité des prestations a fortement diminué, avec lâchage fréquent des objets. Ces limitations amènent à des stratégies de compensation, concernant le haut du corps.

En résumé, il existe donc des limitations du membre supérieur droit qui est le côté dominant de la patiente, des limitations des deux membres inférieurs, des limitations de la région cervicale, des altérations de la dextérité fine, et par conséquent une surcharge du tronc avec inconfort positionnel. S'y ajoute une fragilité psychique. Malgré ses difficultés, F. _____ a fait preuve d'une collaboration exemplaire, ayant fourni un effort maximal, avec une attitude non

plaintive et non démonstrative malgré l'évidence de souffrances importantes.

Ces constatations expliquent amplement les baisses de rendement observées. La capacité de travail résiduelle à très court terme ne dépasse pas les 40%, susceptible de s'effondrer sur le temps, avec une qualité de travail insuffisante, non exploitable dans le milieu économique. Dès lors, une reprise d'activité professionnelle ne peut être proposée."

D'un rapport du 9 juin 2004 du COPAI, il ressort notamment ce qui suit:

"5. CONCLUSION

Au terme de la mesure, notre équipe d'observation arrive à la constatation que F. _____ est indéniablement limitée au niveau de ses pieds, du dos, de la nuque et du membre supérieur droit. Les positions statiques assises ou debout ne sont pas tolérées sur le court terme. De plus, cette femme présente une boiterie en nette augmentation au fil de la journée, ne lui permettant plus de se déplacer autrement qu'à petits pas. Dès lors et au vu des limitations constatées, il nous paraît évident que l'activité de femme de ménage n'est plus indiquée et qu'une activité en position assise avec la possibilité de se lever devrait être à même de lui procurer un meilleur confort et des performances accrues. Toutefois, nous observons que dans des activités adaptées ses limitations font diminuer ses performances qui peinent à atteindre 40% en début de semaine et qu'elles diminuent au fil des jours. En conclusion, nous sommes d'avis que F. _____ n'est plus en mesure de satisfaire aux exigences du milieu économique, ceci même à temps partiel."

c) Le 20 décembre 2004, le Prof. C. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise - lequel comprend notamment une anamnèse, les plaintes et données subjectives de l'assurée, un status clinique, des diagnostics ainsi qu'une appréciation du cas et un pronostic -, dont il ressort notamment ce qui suit:

"Evolution de la maladie et résultats des thérapies:

F. _____ est assez imprécise dans son histoire clinique. Néanmoins, elle signale avoir mal aux pieds, le droit plus que le gauche, depuis plusieurs années. Elle a commencé à voir un rhumatologue en 1995 (Dresse T. _____ à [...]) en raison de lombo-sacralgies consécutives à une chute sur les fesses.

On a parlé d'une fissure de la jonction sacro-coccygienne, diagnostic corroboré par une scintigraphie osseuse du 10.01.1995 qui montrait une hyperfixation dans la région du coccyx et dans le bas de l'articulation sacro-iliaque gauche. Depuis lors, elle a conservé des douleurs dans la région lombo-fessière ddc. Au cours du temps, sont apparues des cervicalgies situées sur la ligne médiane au niveau de C7 surtout, des brachialgies localisées au niveau des épicondyles et

des douleurs dans les pieds, aussi bien dans le médiotarse que dans les calcanéums.

Comme traitement, elle reçoit actuellement de la Novalgine, 3 cp/jour. Elle a abandonné le traitement de Codol et de Dafalgan (une certaine intolérance digestive s'était manifestée). Elle prend 2 à 3 fois par semaine du Stilnox. Elle reçoit depuis 2 ans environ du Zoloft, 1 cp/jour et, depuis récemment, de l'Agopton, 1 cp/jour. Elle a fait une quarantaine de séances de physiothérapie qui n'ont que peu amélioré les choses. Actuellement, elle fait 1x/semaine des séances d'aquagym qui semblent l'aider. Elle ne sait pas nager.

[...]

3. Status clinique

Cette patiente, en excellent état général, pèse 75 kg pour une taille de 160,5 cm. Le pouls est de 80/mn. La tension artérielle est de 160/78 mmHg. L'artère pédieuse droite est peu pulsatile. Les autres artères sont normalement palpées. Les téguments et les muqueuses sont sp. La mise sous tension du plexus brachial ne déclenche ni dysesthésie, ni effacement des pouls.

L'empan mesure 18 cm ddc. La force de préhension est très diminuée, à 40 mmHg ddc (norme: plus de 120). La pression du manomètre ne semble pas déclencher de douleurs. Le périmètre des avant-bras et des arrière-bras est symétrique. Il n'y a pas d'abaissement à la manoeuvre de Mingazzini.

La flexion des doigts, des poignets et des coudes est normale. La rotation interne est un peu limitée à l'épaule droite (26 cm contre 20 cm du côté gauche). Le mouvement de rotation déclenche des douleurs dans l'avant de l'épaule droite. Il n'y a pas de signe de rupture tendineuse.

Les membres inférieurs ont un morphotype normal. Le périmètre des quadriceps est de 50 cm ddc. Celui des mollets est de 42 cm. L'aspect des pieds n'est pas anormal. Il y a une très discrète exagération de la voussure du dos du tarse ddc. La tibio-astragaliennne est normalement mobile ddc (flexion dorsale: 10°, flexion ventrale: 30°). La sous-astragaliennne est peu mobile ddc. L'articulation médiotarsienne est limitée pour les mouvements de prosupination à droite et dans une moindre mesure à gauche. Les avant-pieds sont normaux. Il n'y a pas d'affaissement visible, ni de l'arche interne, ni de l'arche antérieure. Les genoux ont une distance talon-fesse de 8 cm. Il n'y a pas d'épanchement, pas de signe de chondropathie rotulienne non plus. La distance inter-malléolaire maximum est de 114 cm. Les rotations des hanches sont normales.

Sur le plan rachidien, on constate une très discrète attitude scoliotique lombaire dextro-convexe. Pas de contracture palpée. Douleurs dans la région lombo-fessière ddc. Le signe de Lasègue direct et inverse est négatif. Le Schober est de 10-15 cm. La distance doigts-sol est nulle. Le Schober dorsal est de 30-32 cm. L'ampliation thoracique maximum est de 8 cm. La percussion du rachis est par place douloureuse. Il suffit d'exercer des pressions faibles pour que la patiente sursaute (à certains moments, pas à d'autres). L'apophyse épineuse de C7 est particulièrement douloureuse à la palpation. Les muscles para-cervicaux sont tendus ddc. La distance menton-sternum est de 17 cm au maximum, 0 cm au minimum. Les inflexions latérales sont à peine limitées. Les

rotations sont normales. La pression sur la tête n'augmente pas les douleurs rachidiennes.

La rotation combinée du bassin et du tronc ne le fait pas non plus. La marche est laborieuse avec une boiterie d'appui de la jambe droite. La marche sur les pointes et sur les talons est possible mais elle se fait avec lenteur. L'accroupissement peut se faire en totalité quoique la patiente se redresse avec beaucoup de difficultés. Il n'y a pas de troubles sensitifs mis en évidence. Les réflexes sont normaux et symétriques. Il n'y a pas de troubles des sensibilités superficielles ou profondes, ni au niveau des pieds, ni au niveau des mains.

[...]

4. Diagnostics (si possible selon classification ICD-10)

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?

> Etat douloureux chronique (région cervicale, lombaire, coudes); présent depuis plusieurs années.

> Arthrose astragalo-scaphoïdienne bilatérale; la patiente signale des douleurs dans les pieds depuis 1998 environ.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

> Légère surcharge pondérale.

5. Appréciation du cas et pronostic:

Cette patiente présente une symptomatologie qui est manifestement sans proportion avec les découvertes cliniques. En effet, il est difficile de s'imaginer que la boiterie et le fait de traîner les pieds soient la conséquence d'une arthrose tarsienne uniquement. On peut se poser la question d'une origine malformative de l'arthrose du dôme du tarse en raison de la symétrie de l'atteinte radiologique. Sur le plan de l'examen clinique, les pieds ne sont pas déformés. L'examen podoscopique est normal. La voûte antérieure ne présente que de discrètes callosités. Le seul élément anormal est une limitation de l'inversion et de l'éversion des articulations médio-tarsiennes. Le pronostic devrait donc être favorable en ce qui concerne une reprise d'activité professionnelle en tenant compte toutefois de la lenteur de la patiente et d'un probable état anxio-dépressif sous jacent dont témoigne la prise régulière de Zoloft.

B. Influences sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique:

Limitation modérée de la mobilité des deux pieds, prédominant du côté droit et se manifestant sur le médiotarse.

Au plan psychique et mental:

Cette patiente paraît ralentie et inquiète. Elle n'est pas satisfaite que l'on n'ait pas trouvé un médicament pour calmer mieux les douleurs dont elle est atteinte.

Au plan social:

La patiente est bien entourée par son mari et son fils. Elle a des parents en Suisse qu'elle voit régulièrement. Elle se rend à des offices religieux 1x/semaine.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

La patiente n'a pas repris d'activité professionnelle car elle ne supporte ni une position assise prolongée, ni une position debout. En outre, elle signale avoir peu de force et manquer d'habileté.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail:

Dans un métier adapté en position essentiellement assise, la capacité résiduelle devrait être égale à 80% au moins.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui. Travaux si possible relativement légers. Il est difficile de se prononcer sur le nombre d'heures mais il pourrait avoisiner 7 heures par jour.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Oui. Probablement 20% au début, à réévaluer ensuite.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

L'arrêt de travail remonte à 2003.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

La patiente n'a pas repris d'activité lucrative. Elle signale même qu'elle doit être aidée pour les travaux lourds de son propre ménage.

C. Influence sur la réadaptation professionnelle

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables? Si oui, dans quel délai? Si non, pour quelles raisons?

Oui. Dans des délais rapides.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

Probablement oui.

2.1 Si oui par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Mesures ergonomiques. Port d'une ceinture élastique lombaire lors de la reprise des activités professionnelles. Poursuite de médicaments à visée analgésique et éventuellement anti-inflammatoires.

La patiente a consulté le Dr G. _____, orthopédiste, en avril 2003. Ce dernier n'a retenu aucun traitement comportant une intervention chirurgicale.

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Certainement peu marquée puisqu'on a déjà eu un stage au COPAI qui n'a pas conclu à une capacité de travail exploitable.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

Oui.

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Un travail en position essentiellement assise en alternance par moment avec une position debout pourrait être exigible chez cette patiente (le métier de téléphoniste serait idéal mais la connaissance du français me paraît insuffisante).

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

6 à 7 heures par jour.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Oui. 20% environ au début. A réévaluer par la suite.

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Une activité est possible."

Le 29 mars 2007, le Dr P._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Z._____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu un rapport d'expertise - lequel comprend en particulier une anamnèse, des indications subjectives de l'assurée, des constatations objectives, les résultats d'un examen paraclinique du 22 novembre 2006, des diagnostics et une discussion du cas -, dont il ressort notamment ce qui suit:

"1.9. ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES ET EXTRAITS DU DOSSIER

Rien ne laisse supposer dans les documents en notre possession ou au vu des éléments anamnestiques que F._____ ait souffert de troubles psychiques avant les faits qui nous occupent. Il n'y a pas d'arguments pour des antécédents de tentatives de suicide, troubles thymiques, troubles anxieux, maladie de la dépendance, problème évoquant une décompensation psychotique.

Depuis 2006, F._____ s'estime un peu plus déprimée en raison de ses problèmes de santé. A la demande du Dr M._____, médecine générale, l'assurée a consulté la Dresse N._____, psychiatre FMH à [...], de janvier à août 2006. Mais F._____ a interrompu ce suivi qui ne lui aurait pas apporté d'effet majeur surtout sur ses douleurs. Son médecin de famille a essayé d'introduire du Zoloft® pendant

une année, qui lui aurait fait prendre du poids, qu'elle a interrompu. Elle déclare néanmoins qu'avec ce traitement elle était plus calme et détendue. Depuis, elle est sous traitement de Fluoxétine®.

TRAITEMENT ACTUEL

- > Tryptizol® 10 mg. 0-0-1
- > Agopton® 30 mg, 1 cp à midi
- > Novalgine®, en réserve
- > Fluoxétine® Mepha, 1 cp à midi.

[...]

2.2. FONCTIONNEMENT PSYCHOSOCIAL DE L'ASSURÉ(E) (HORS PROFESSIONNEL)

Mme F. _____ se lève le matin entre 07h30 et 08h00. Elle fait son ménage "doucement", lessive, repassage ainsi que les commissions avec son mari en début d'après-midi. Elle prépare le repas du soir. Parfois, elle laisse son époux passer l'aspirateur. L'après-midi, elle se consacre à la lecture, à la télévision, elle sort voir des copines ou sa voisine. Après le souper, elle regarde la télévision. Le week-end, elle se rend à la messe; elle prépare ses cours car elle donne des heures de catéchisme le dimanche aux enfants portugais.

[...]

3.2. SYNTHÈSE DES TESTS PSYCHOMETRIQUES DU 22 NOVEMBRE 2006

F. _____ a réalisé les tests psychométriques en portugais pour le BECK 21, en français pour les autres tests. Par conséquent, ceux-ci n'ont tout au plus qu'une valeur indicative.

Le HAMILTON 17 items plaide pour une symptomatologie dépressive légère sub-clinique en concordance ici avec le BECK 21 en version portugaise ainsi qu'avec le facteur dépression du SCL90-R qui est normal.

Le test de SPIELBERGER donne des scores plus ou moins faibles à moyens pour les facteurs anxiété-état et anxiété-trait, alors que le facteur dépression et le facteur anxiété du SCL90-R sont dans les normes.

Seul le facteur somatisation du SCL90-R est sub-pathologique. Le profil semblerait indiquer qu'il n'y a ici pas d'atteinte psychopathologique majeure, y compris pour la perception de ses plaintes physiques, qui ne sont apparemment pas si importante que l'assurée veut bien le dire puisque le facteur somatisation est quasiment normal.

[...]

Les tests thyroïdiens sont dans les normes. Par conséquent, une dysfonction thyroïdienne n'est pas à l'origine des plaintes émises par F. _____.

La Gamma-GT est dans les normes.

Par contre, le dosage sérique de l'Amitriptyline donne des valeurs inférieures à la limite de détection.

La Fluoxétine est non détectable, ainsi que son métabolite, ce qui, compte tenu de la pharmacocinétique de cette molécule de plusieurs semaines, indique ici la non observance au traitement.

3.4 EXAMEN CLINIQUE DU 22 NOVEMBRE 2006

F. _____ se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Elle est venue seule en train de Vevey. Il s'agit d'une femme faisant son âge, élégamment vêtue, qui se déplace à vitesse normale parfois avec une légère boiterie qui paraît contrefaite de la jambe gauche et parfois droite. L'assurée peut demeurer assise durant tout l'entretien puis les tests psychométriques sans paraître dolente ou algique, au contraire on ne retient pas de limitation particulière objectivable. F. _____ est souriante, de contact agréable, et s'exprime librement et sans détours. Elle est néanmoins très revendicatrice et quérulente à l'égard de l'assurance invalidité "qui traîne trop avec mon dossier". Le ton est volontiers dramatique, F. _____ paraît facilement suggestible. Emotive, à une ou deux reprises l'assurée a les larmes aux yeux à la fin de l'entretien mais elle se ressaisit vite. La mimique est mobile et l'expression conjointe avec le discours.

F. _____ ne présente pas de foetor éthylique. Elle est vigile, orientée aux trois modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. Il s'agit d'une femme d'intelligence normale qui s'exprime avec aisance en français avec un léger accent lusitanien. L'assurée est droitère.

Le tableau clinique est dominé par une symptomatologie somato-algique. On retient une très légère fluctuation de l'humeur avec des moments de morosité, d'inquiétude, de légers troubles de l'endormissement, une légère irritabilité liée, selon elle, à ses difficultés à accepter sa maladie. Néanmoins, il n'y a pas d'aboulie, d'agrammatisme ou de tendance au retrait social. F. _____ investit très normalement sa vie quotidienne ainsi que sa relation avec autrui et sa famille. Nous ne relevons pas de sentiment de culpabilité ou d'idées suicidaires. L'appétit est normal.

Du point de vue anxieux, il n'y a pas d'élément pour une anxiété généralisée ou un trouble panique tel que défini par le DSM-IV. F. _____ ne souffre pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang, de troubles obsessionnels compulsifs. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

F. _____ ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

F. _____ déclare ne pas consommer d'alcool. Tabagisme à 7-8 cigarettes/jour. Il n'y a pas de prise de substance illicite annoncée.

Il n'existe pas de signes fondés de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Du point de vue somatique, F. _____ n'a pas de plaintes de la sphère urogénitale ou gynécologique. Elle évoque des douleurs diffuses, mal systématisables, au niveau du dos et des pieds, entraînant des difficultés à demeurer assise ou debout de manière trop prolongée par exemple.

L'assurée apparaît comme une femme assez autocentrée, dramatique, très suggestible et dans ce sens le questionnement direct est peu informatif. F. _____ ne craint pas de se plaindre et le

discours prend implicitement volontiers une teinte de revendicatrice. Dépendante, l'assurée a besoin d'être entourée. Son comportement est ici facilement histrionique. La rigidité des défenses va de pair avec les faibles capacités de remise en question.

4. DIAGNOSTIC

4.1. DIAGNOSTIC SELON LE DSM-IV-TR

Axe I Trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive légère (DD: dysthymie)

Non- ou très mauvaise observance au traitement d'Amitriptyline

Non observance au traitement de Fluoxétine

(DD: trouble somatoforme indifférencié de gravité tout au plus légère)

Axe II Personnalité à traits histrioniques

Axe III Reporté

Axe IV Difficultés professionnelle (?); pas d'autre facteur chronique ou aigu actuellement

[...]

4.2. DISCUSSION

Il s'agit d'une femme d'origine portugaise, née le [...]1961. A priori, elle a eu une enfance heureuse probablement surprotégée, sans notion de maltraitance ou de carence affective. A part la notion de lombalgies auprès de différents membres de sa famille, il n'y a pas d'argument pour des troubles psychiques particuliers qui puissent valoir pour un terrain de vulnérabilité constitutionnelle. Jusqu'aux faits qui nous occupent, l'assurée a toujours relativement bien fonctionné tant au niveau personnel, social et familial que professionnel.

Sans facteur de stress clairement identifiable, elle présente des douleurs rachidiennes multiples, ubiquitaires, mal systématisables, qui aboutissent à la situation que nous connaissons.

Nous ne reviendrons pas sur les circonstances de l'expertise qui sont détaillées au point 1.1.

L'objectif de cette discussion sera donc de déterminer le ou les troubles psychiatriques présentés par F._____, leur incidence sur sa capacité de travail, l'opportunité d'entreprendre des mesures de réadaptation professionnelle.

Le long entretien que nous avons eu avec F._____, le bilan des tests psychométriques que nous lui avons fait passer et la lecture attentive du dossier en notre possession, nous permettent de porter les conclusions suivantes.

D'un point de vue psychopathologique, l'assurée a peut-être présenté un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive, mais sous traitement médical bien conduit Zoloft® puis Fluoxétine® à l'heure actuelle (l'assurée ne se rappelait pas prendre la Fluoxétine®, elle a rappelé la secrétaire pour prévenir dans un second temps et par conséquent une prise de sang n'a pas permis d'évaluer l'observance au traitement), l'évolution nous paraît être

favorable. Tout au plus pourrions-nous évoquer quelques très légers éléments dysthymiques mais qui pour le surplus n'ont pas d'incidence majeure sur son fonctionnement hors professionnel et aussi potentiellement sur sa capacité de travail médico-théorique.

Contrairement à ce que l'assurée nous a déclaré, l'observance au traitement tant pour l'Amitriptyline qui est très mauvaise voir nulle, est probablement inexistante pour la Fluoxétine® et son métabolite, car cette molécule a la particularité d'avoir une demi-vie de plusieurs semaines. Cela semble indiquer que l'assurée s'estime suffisamment bien pour interrompre d'elle-même son traitement.

Il existe actuellement des plaintes rachidiennes multiples, ubiquitaires, mal systématisables qui semblent beaucoup plus subjectives qu'objectives, car dans le fonds observée à son insu elle paraît manifestement peu dolente, algique ou limitée. De surcroît, on retient que son fonctionnement hors professionnel est tout à fait conservé, y compris au niveau social, et l'environnement familial, social, paraît pour le surplus parfaitement adéquat. Il n'y a pas de facteur de stress chronique qui permette non plus d'expliquer cette mauvaise évolution.

En conséquence, nous pouvons évoquer le diagnostic différentiel de trouble somatoforme indifférencié de gravité pour le surplus tout au plus légère.

Le tout prend racine sur une personnalité avec des traits histrioniques qui de notre point de vue n'est pas décompensée. Les caractéristiques de sa personnalité expliquent le caractère volontiers dramatique des plaintes, la suggestibilité et aussi par définition, la discordance importante fréquente entre le médecin traitant et le médecin expert le premier faisant par définition le postulat de sincérité de son patient, ce que l'on ne saurait lui reprocher.

De notre point de vue, il n'y a aucune incapacité de travail au niveau psychiatrique, et ceci depuis 2005, car il n'y a pas d'élément anamnestique évoquant des antécédents d'épisodes dépressifs beaucoup plus importants depuis 2002.

Dans ce type de situations, le traitement fait surtout appel aux possibilités d'abstention thérapeutique devant toute nouvelle plainte. Il s'agit d'éviter la surmédicalisation car le risque de iatrogénèse et de chronicisation est important.

Il y a lieu de poursuivre le suivi auprès de son généraliste avec le traitement actuel. Il est peu probable que l'assurée puisse véritablement bénéficier d'une psychothérapie car elle n'a aucune demande motivée dans ce sens.

[...]

2. Influence des troubles sur activité exercée jusqu'ici

2.1. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Capacité de travail depuis déjà 2002 supérieure à 80% dans une activité adaptée à ses éventuelles limitations physiques du point de vue psychique.

2.2. Description précise de la capacité résiduelle de travail?

Supérieure à 80%.

2.3. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Oui.

2.4. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Non.

2.5. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Eventuellement à 20% depuis 2002.

2.6. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Favorablement.

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré(e) est-il (elle) capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Oui, si elle en avait la motivation."

Dans un rapport d'examen du 25 mai 2007, le SMR (Dresse H._____) a retenu pour atteinte principale à la santé une arthrose astragalo-scaphoïdienne bilatérale. A son sens, l'assurée ne présentait aucune pathologie du ressort de l'AI. Il a posé les facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI suivants: état douloureux chronique, trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive (dysthymie) et a considéré que l'incapacité de travail durable ainsi que l'aptitude à la réadaptation avaient débuté en février 2003. Pour ce médecin, l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle et une capacité entière dans un emploi adapté. S'agissant des limitations fonctionnelles, "l'assurée peut exercer toute activité professionnelle correspondant à ses compétences professionnelles se déroulant essentiellement en position assise et sans station debout prolongée". Le SMR note encore ce qui suit:

"Il s'agit d'une assurée de 46 ans, portugaise d'origine en Suisse depuis 1992. Sans formation professionnelle, elle a travaillé comme femme de ménage pour différents employeurs, le dernier étant K._____ à [...].

Suite à une évaluation effectuée à l'ORIPH du 26.04.4 au 19.05.04, il avait été retenu que l'assurée arrivait à peine à atteindre 40% de rendement dans des activités adaptées aux limitations fonctionnelles et cela en début de semaine alors que le rendement diminuait encore au fil de la semaine. Le COPAI avait donc conclu que cette assurée n'était plus en mesure de satisfaire aux exigences du milieu économique et ceci même à temps partiel.

Suite à ces conclusions, nous avons demandé une expertise rhumatologique au Prof. C._____ qui a mis en évidence essentiellement un état douloureux chronique de la région cervicale

lomulaire, des coudes sans véritable substrat anatomique mis en évidence. La seule atteinte à retenir est une arthrose astragalo-scaphoïdienne bilatérale qui entraîne quelques petites limitations fonctionnelles mais surtout empêchent la poursuite de l'activité comme femme de ménage. Par contre dans une activité adaptée, le Prof. C. _____ retenait une capacité de travail exigible de 80% au moins, il n'y a aucun argument très objectif pour ne pas retenir une capacité de travail entière.

Etant donné la présence d'un état douloureux chronique, nous avons demandé une expertise psychiatrique qui a été réalisée par le Dr P. _____. L'expert retient un trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive légère dans le cadre d'une personnalité à traits histrionique sans aucune répercussion sur la capacité de travail. L'expert n'a pas posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant mais s'agissant d'un état douloureux chronique qui est assimilable au trouble douloureux somatoforme et doit donc être examiné comme un trouble douloureux somatoforme en regard de la jurisprudence du Tribunal Fédéral, nous pouvons retenir:

1. Cette assurée ne présente pas de maladie psychiatrique invalidante, le trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive légère est une humeur dépressive associée au trouble douloureux. Elle ne présente pas de trouble de la personnalité invalidante puisqu'elle présente une personnalité avec des traits histrioniques. Ces deux atteintes sont légères et n'entraînent en aucun cas une incapacité de travail durable. A noter également que les traits de personnalité sont présents depuis l'adolescence et n'ont pas empêché l'assurée de travailler et quant au trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive légère, il est apparu au décours de l'état douloureux chronique mais ne constitue pas une atteinte préexistante invalidante au trouble douloureux.
2. L'assurée ne présente pas de perturbation de son environnement psychosocial. En effet, on peut lire sous le point 2.2 en page 8 de l'expertise psychiatrique, que l'assurée fait son ménage doucement, sa lessive, son repassage ainsi que les commissions avec son mari en début d'après-midi. Elle prépare le repas du soir. Elle se consacre à la lecture, à la télévision, elle sort voir des copines ou sa voisine et prépare les cours puisqu'elle donne les heures de catéchisme le dimanche aux enfants portugais. Elle n'a donc aucune perturbation de son environnement psychosocial.
3. Elle ne présente pas d'affection chronique sans rémission durable puisqu'elle présente une arthrose au niveau des deux pieds mais qui est légère, il n'y a que peu de limitations fonctionnelles décrites par l'expert rhumatologue.
4. L'assurée ne semble pas présenter d'état psychique cristallisé, mais l'expert n'a pas effectué une évaluation psycho-dynamique spécifique et approfondie, raison pour laquelle il est impossible en l'état du dossier de se prononcer sur ce point de manière très précise et surtout de manière sûre.
5. L'assurée présente divers échecs de traitement, puisque les douleurs vont toujours en augmentant bien que plusieurs traitements aient été tentés. Mais nous ne devons tout de

même faire remarquer qu'elle présente une très mauvaise compliance aux traitements prescrits par son médecin traitant, puisque les analyses effectuées en ce qui concerne l'antidépresseur qu'elle déclare prendre, ne montrent aucun produit détectable au niveau de la prise sanguine.

Au vu de ce qui précède nous pouvons retenir que cette assurée présente un trouble douloureux chronique qui ne peut pas être retenu comme un trouble somatoforme douloureux au sens psychiatrique mais qui n'est pas invalidant après analyse des critères de gravité de la jurisprudence en matière de trouble douloureux chronique.

Au vu de ce qui précède, nous vous laissons le soin de décider si des mesures professionnelles doivent être mises en place, mais compte tenu des rendements constatés en 2004 à l'ORIPH, celles-ci semblent vouées à l'échec, ce d'autant plus que l'assurée déclare à son médecin traitant (ce qui est infirmé dans l'expertise psychiatrique), qu'elle n'arrive même plus à faire son ménage."

d) Le 27 juin 2007, le Dr M. _____ a produit un courrier du 20 juin 2007 du Dr W. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, auquel il avait adressé l'assurée, et a informé l'OAI que, selon de nouveaux clichés radiologiques, l'arthrose talo-naviculaire bilatérale était nettement significative et évolutive. A son sens, cette nouvelle appréciation de la situation ne devait être négligée par le SMR. Du courrier du Dr W. _____, il ressort notamment ce qui suit:

"Elle a de toute évidence une importante arthrose talo-naviculaire bilatérale, qui participe en bonne partie aux douleurs qu'elle a aux deux pieds. Il est clair que dans ce contexte, avec ce sentiment d'incompréhension et d'injustice, la chronicisation des phénomènes douloureux qui semblent s'étendre, est susceptible de préteriter sa prise en charge orthopédique. Malgré ce contexte dramatique, je pense qu'il y a tout à fait lieu de proposer une infiltration d'anesthésique local test dans ces articulations talo-naviculaires ddc, sous scopie, au bloc opératoire, pour voir si en cas de soulagement efficace, un traitement chirurgical d'arthrodèse pourrait lui être proposé. Conscient qu'une telle issue ne modifierait probablement pas sa capacité à travailler à nouveau, j'espère ainsi au moins pouvoir lui proposer un soulagement durable même s'il n'est que partiel et qu'il se fait au prix d'une arthrodèse localisée du pied."

Le 13 septembre 2007, le Dr W. _____ annonce au Dr M. _____ notamment ce qui suit:

"Je l'ai donc prise le 10.09. au bloc opératoire [...] sous scopie pour faire une infiltration de ses articulations talo-naviculaires ddc. Je la revois ce jour pour évaluer ces infiltrations tests.

Il semblerait qu'il n'y ait eu aucune amélioration de ses douleurs aux 2 pieds; cela serait peut-être même pire.

Ayant la certitude d'avoir été parfaitement intra-articulaire et ce des 2 côtés, cette infiltration test nous permet donc d'être convaincus qu'un geste d'arthrodèse talo-naviculaire n'est pas indiqué chez elle. Je n'ai malheureusement pas de solutions thérapeutiques à proposer, je pense qu'il y a certainement une surcharge dans un contexte difficile qui prétérite les possibilités de traitement."

e) Le 3 septembre 2007, l'OAI a informé la recourante qu'elle remplissait les conditions du droit au placement.

D'une note "1^{er} entretien placement" du 21 septembre 2007, on extrait ce qui suit:

"Lors de notre 1^{er} entretien, l'assurée nous dit clairement qu'elle est incapable de reprendre une activité professionnelle, même adaptée à son état de santé. L'assurée a perçu des IJ de son APG-Maladie durant 2 ans et l'assurance-chômage refuse d'entrer en matière pour une aide éventuelle. Elle explique qu'elle ne peut pas rester longtemps assise, ni debout d'ailleurs, car sa nuque se bloque. Elle souffre encore de fibromyalgie, ce qui lui occasionne des douleurs quasi en continu. Elle se plaint passablement de sa situation, surtout des efforts qu'elle consent à faire tous les jours dans l'accomplissement des tâches de la vie courante, notamment pour faire le ménage, passer l'aspirateur, etc. et dit que c'est son mari qui l'aide énormément. Vu les doléances de l'assurée, il paraît évident que nous ne sommes momentanément pas dans une démarche de placement. Un courrier dans ce sens est adressé à notre assurée, afin qu'elle se détermine par rapport à l'aide au placement. Dans l'intervalle, et jusqu'à nouvel avis de sa part, nous renonçons à débiter nos recherches pour une activité adaptée."

Par courrier du 25 septembre 2007, l'assurée confirme renoncer à l'aide au placement proposée, compte tenu de son état de santé. Dans son opposition du 30 janvier 2008, l'assurée demande le rétablissement de l'aide au placement.

f) A un questionnaire pour employeur du 27 juin 2003, K. _____ répond sous la rubrique 4 que l'assurée gagnerait 43'537 fr. par année, en 2003, et sous la rubrique 7 qu'elle gagnerait, sans atteinte à la santé, 47'537 fr. par année, en 2003.

D'une fiche d'examen de dossier du 18 juillet 2007, il ressort que le revenu annuel sans invalidité que l'assurée aurait pu percevoir en 2004 était de 48'066 fr. 54 (47'537 fr. indexé à 2004). Selon une annexe "détail du calcul du salaire exigible" du 15 août 2007, le revenu d'invalidité

de l'assurée pour 2004 était, selon les revenus statistiques de l'enquête économique sur la structure des salaires (ESS), de 46'155 fr. 41 (TA: 1, niveau de qualification: 4, année 2004; sans diminution de rendement; abattement de 5%).

B. a) Dans un projet de décision du 26 novembre 2007, l'OAI a refusé l'allocation d'une rente d'invalidité à l'assurée. Il a considéré que, dans une activité adaptée (pas de station debout prolongée), telle une activité industrielle légère, sa capacité de travail était totale depuis février 2003. A son sens, le revenu sans invalidité était de 48'066 fr. 55 et le revenu d'invalidité s'élevait - compte tenu d'un abattement de 5% - à 46'155 fr. 41. La perte de gain étant de 1'911 fr. 13, le degré d'invalidité retenu était de 3%.

L'assurée s'est opposée à ce projet. Dans un courrier du 30 janvier 2008, elle a relevé que son médecin traitant avait informé l'OAI d'une aggravation de son état de santé, l'atteinte à sa santé étant évolutive et dégénérative. Elle s'est en outre fondée sur les rapports du COPAI du 9 juin 2004 et de la Dresse Q. _____ du 25 mai 2004 pour étayer son incapacité de travail. A son sens, l'expertise du Prof. C. _____ s'écarterait des véritables atteintes à sa santé et des conclusions des divers rapports médicaux au dossier, notamment à celles de la Dresse Q. _____. Elle estimait par ailleurs que l'abattement de 5% était insuffisant.

Interpellé, le SMR (Dr D. _____) a rendu le 19 février 2008 un avis médical, dont il ressort ce qui suit:

"Le Dr M. _____ n'annonce aucun fait nouveau. L'appréciation du spécialiste prévaut. L'expertise du Pr C. _____ est fouillée avec souci du détail: elle est convaincante. Il n'y a donc pas de raison médicale de s'écarter de ces conclusions. Les conclusions du rapport d'examen SMT du 25 mai 2007 sont confirmées."

b) Par décision du 7 avril 2008, l'OAI a repris son projet de décision et refusé l'octroi d'une rente à l'assurée.

Fondé sur l'expertise C. _____, il a considéré que l'état douloureux chronique de la région cervicale lombaire et des coudes sans

véritable substrat anatomique n'empêchait pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Compte tenu de l'expertise P._____, l'OAI a retenu que l'assurée ne présentait pas d'atteinte psychiatrique invalidante, le trouble de l'adaptation avec humeur anxio-dépressive étant une humeur dépressive apparu au décours de l'état douloureux chronique (pas de préexistence). A son sens, l'assurée ne présentait pas trouble de la personnalité invalidante, mais une personnalité avec des traits histrioniques. Ce trouble de la personnalité était présent depuis l'adolescence de l'assurée et ne l'avait pas empêché de travailler. Pour l'OAI, ces deux atteintes étaient légères et n'entraînaient pas d'incapacité de travail durable. Il a également considéré que l'assurée ne présentait pas de fibromyalgie invalidante au sens de la LAI.

S'agissant du courrier du Dr M._____ de juin 2007 et de la pièce produite, l'OAI a estimé qu'ils ne contenaient aucun élément médical objectif nouveau, qui n'aurait pas été pris en compte dans l'expertise C._____. Pour le surplus, l'OAI confirme son abattement de 5%.

C. Par acte du 8 mai 2008, F._____ a recouru contre cette décision, concluant, principalement, à l'allocation d'une rente et, subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle reproche, en substance, à l'OAI d'avoir retenu une capacité de travail de 100% faisant fi des rapports d'expertises et du COPAI, de ne pas avoir pris en considération l'aggravation constatée en juin 2007 par le Dr M._____, de ne pas avoir mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire et d'avoir retenu un abattement d'uniquement 5%. A son sens et conformément à l'expertise C._____, sa capacité de travail de 80% doit être diminuée de 20%, compte tenu de la diminution de rendement établie par cet expert.

La recourante a produit une grille et un rapport d'évaluation d'un stage qu'elle a réalisé chez X._____ du 29 septembre au 31 octobre 2008. Il en ressort que X._____ a été satisfait du travail de la recourante et qu'il aurait été prêt à l'engager. Cette entreprise a précisé qu'elle a eu un bon rendement dans toutes les activités et que sa polyvalence devait être mise en avant. Toutefois, un taux de travail à 100% était parfois un

peu trop élevé. Une grosse fatigue était ressentie en fin de journée et la recourante boitait beaucoup.

Dans sa réponse du 2 décembre 2008, l'OAI estime que la capacité de travail de 80% dans une activité adaptée, retenue dans l'expertise C._____, tient déjà compte d'une diminution de rendement de 20%, de sorte que cette capacité n'a pas être réduite de ce taux. Il considère en outre qu'aucun argument médical objectif, sur le plan somatique, n'empêche de retenir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En tout état de cause, le degré d'invalidité fondé sur une capacité de travail de 80% est insuffisant pour ouvrir un droit à la rente. L'OAI conclut au rejet du recours.

Dans sa réplique du 19 janvier 2009, la recourante se fondant sur les expertises C._____ et P._____ soutient qu'une baisse de rendement additionnelle de la capacité de travail ne peut être écartée. A son sens, il convient de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, d'autant plus qu'elle considère comme anciens les renseignements médicaux au dossier. Pour le surplus, elle maintient ses conclusions. Dans sa duplique du 11 février 2009, l'OAI maintient ses conclusions.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir en principe celui du canton de domicile de l'assuré au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et applicable dès son entrée en vigueur aux causes pendantes devant les autorités de justice administrative (art. 117 al. 1 LPA-VD), s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est recevable en la forme.

2. La question principale est celle du degré d'invalidité de la recourante. A cette fin, il sera notamment nécessaire d'établir si les expertises sur lesquelles s'est fondé l'OAI ont valeur probante ou s'il s'avère nécessaire de compléter l'instruction.

a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Selon l'art. 16 LPGA, 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. Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-

invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; 1987 p. 458).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29, consid. 1; 104 V 135, consid. 2a et 2b). Selon la jurisprudence constante (ATF 126 V 75, consid. 3b/aa et bb, et les arrêts cités), en l'absence d'un revenu effectivement réalisé par l'assuré après la survenance de l'atteinte à la santé (soit lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle), le revenu d'invalidé (second terme de la comparaison des revenus prévue par l'art. 16 LPGA pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative) peut être évalué sur la base des salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS, singulièrement sur les salaires mensuels bruts (groupe de tableaux A), en partant de la valeur centrale, en l'occurrence la valeur médiane (TF 9C_704/2008 du 6 février 2009, consid. 3.1.1). Le revenu d'invalidé déterminé sur la base des salaires ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322,

consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc; Pratique VSI 2002 p. 70 s., consid. 4b). S'agissant du taux d'abattement arrêté par l'OAI, le juge des assurances sociales ne peut sans motifs pertinents substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 81, consid. 6).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire cette mesure et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Selon la jurisprudence, est réputé invalide au sens de l'article 17 alinéa 1 LAI, l'assuré qui, du fait de la nature et de la gravité de l'atteinte à sa santé après la survenance de celle-ci, subit une perte de gain permanente ou durable d'environ 20% dans les activités lucratives qu'on peut encore attendre de lui sans formation professionnelle complémentaire (ATF 124 V 108; RCC 1984 p. 95; Pratique VSI 1997 p. 79; 2000 p. 63).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4; 115 V 133, consid. 2; 114 V 310, consid. 2c; 105 V 156, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

Cela étant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170, consid. 4; TFA I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

S'agissant des informations des organes d'observation professionnelle, elles ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant 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. Dans le cas où ces appréciations divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au juge, de confronter les deux appréciations, au besoin de requérir un complément d'instruction. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TFA I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, 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 (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2004, consid. 4).

c) En ce qui concerne le cas particulier des troubles somatoformes douloureux, il ressort de la jurisprudence constance que de tels troubles n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1).

Toutefois, le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (voir également ATF 131 V 49; 130 V 352). Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. 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. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^e éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des 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 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, etc.). Enfin, 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; voir ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, et 396, consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie ou de troubles somatoformes douloureux est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que, comme on l'a dit, 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 (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2) - 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 Henningsen, Zur Begutachtung somatoformer Störungen *in*: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail.

d) L'assureur et l'instance de recours, en l'occurrence le Tribunal de céans, sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282, consid. 4a; TFA I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). En revanche, si l'assureur 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 prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c; 124 V 90, consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3, et les références).

3. En l'espèce, la recourante se fondant sur les expertises C._____ et P._____ ainsi que sur les rapports du COPAI soutient présenter une capacité de travail de tout au plus 64% (80% diminué de 20%). Elle considère en outre que l'OAI aurait dû tenir compte de l'aggravation de l'état de santé relevée par le Dr M._____ en juin 2007 et que cet office aurait dû mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire. A son sens, l'abattement de 5% était en outre insuffisant.

a) aa) En ce qui concerne les rapports du COPAI, il en ressort, en substance, que la capacité de travail résiduelle de la recourante est insuffisante et inexploitable dans le milieu économique. Or, selon une grille et un rapport de stage chez X._____, stage effectué en 2008, la recourante est apte à réaliser une activité lucrative, sous réserve qu'un temps plein semble contre-indiqué. Dans ces circonstances, l'appréciation du COPAI n'emporte pas la conviction. Au demeurant, selon la jurisprudence, son appréciation ne saurait supplanter l'avis d'un médecin, fondé sur des constatations médicales objectives. Or, les experts C._____ et P._____ ont estimé que la capacité de travail de la recourante était d'au moins 80%. Il convient par ailleurs de souligner que

le Dr M._____, dans un premier temps, et la Dresse V._____, tous deux médecins traitants, ont considéré que l'exercice d'une activité adaptée était exigible de l'assurée. La Dresse V._____ a même précisé qu'une telle activité pouvait être réalisée à 100%.

En ce qui concerne l'"aggravation" évoquée, dans un second temps, par le Dr M._____, il convient de retenir que ce médecin fait uniquement référence à une arthrose talo-naviculaire bilatérale nettement significative et évolutive. Il n'assimile toutefois pas celle-ci à une aggravation et ces propos ne permettent pas de la qualifier d'aggravation au sens de la LAI. Au demeurant, une telle appréciation échapperait à son domaine de spécialisation. Quant au Dr W._____, auquel le médecin traitant avait adressé la recourante, il a relevé, s'agissant de l'échec des mesures thérapeutiques somatiques engagées en vue de remédier à l'arthrose nettement significative et évolutive mentionnée par le Dr M._____, qu'il y avait certainement une surcharge dans un contexte difficile qui prêterait les possibilités de traitement et qu'une intervention médicale ne permettrait probablement pas d'améliorer la capacité de travail. Il convient en outre de remarquer que cette arthrose nettement significative et évolutive n'a pas empêché la recourante d'effectuer son stage chez X._____ en 2008. Dans ces circonstances et à la différence de ce que soutient la recourante, on ne peut qualifier cette arthrose d'aggravation de la santé au sens de la LAI.

Au vu de ce qui précède, il ne fait pas de doute que la recourante présente une capacité de travail résiduelle, ce qu'elle ne conteste pas au demeurant. Comme on l'a vu, l'appréciation du COPAI n'est pas pertinente. S'agissant des médecins traitants, seule la Dresse V._____ indique un taux avec précision. A son sens, la recourante présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En ce qui concerne le Prof. C._____, il estime que dans un métier adapté, en position essentiellement assise, la capacité résiduelle devrait être égale à 80% au moins (diminution de rendement de 20% au début). En outre, la capacité de travail dans une telle activité devrait, à son sens, pouvoir être améliorée, notamment par des mesures médicales. S'agissant du

Dr P._____, il retient que, depuis 2005, la recourante ne présente aucune incapacité de travail au niveau psychiatrique.

Les expertises C.____ et P._____ sont fouillées, détaillées et complètes. Satisfaisant aux réquisits de la jurisprudence en la matière, ces expertises ont valeur probante, d'autant plus que cohérentes, elles sont exemptes de contradictions.

bb) La recourante soutient que son état de santé aurait dû faire l'objet d'une expertise pluridisciplinaire. Or, en l'espèce, il a fait l'objet de deux expertises distinctes. Il convient de préciser que l'expertise rhumatologique (Prof. C.____) a été mise en œuvre suite aux rapports du COPAI, lesquels laissaient supposer que la recourante souffre d'atteintes rhumatismales invalidantes. C'est lors de la mise en œuvre de cette expertise que s'est clairement posée la question d'un état chronique douloureux. C'est pour cette raison qu'une seconde expertise, cette fois-ci psychiatrique, a été ordonnée. Or, l'expertise du Dr P._____ a infirmé un trouble somatoforme douloureux, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire n'était pas utile. En effet, un médecin rhumatologue pouvant d'emblée conclure, à certaines conditions, à l'absence d'atteinte à la capacité de travail en raison d'un trouble somatoforme douloureux, il doit en aller à plus forte raison de même du médecin psychiatre (cf. consid. 2c supra). En tout état de cause, il ressort clairement de l'expertise psychiatrique que la recourante ne présente aucun critère dans une mesure suffisante pour qu'un tel trouble soit reconnu (pas de perte d'intégration social, pas d'atteinte psychiatrique grave [facteurs de dépression, d'anxiété et de somatisation quasiment dans la norme, ...], pas d'échec de traitements [défaut de compliance de la recourante au traitement médicamenteux prescrit, ...], etc.). Dans ces circonstances, une expertise psychiatrique multidisciplinaire n'apporterait aucun élément objectif nouveau, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'en requérir la mise en œuvre (cf. consid. 2d supra).

En tout état de cause, la recourante n'étant pas compliant à son traitement médicamenteux (Amitriptyline et Fluoxétine) et ne

souhaitant pas être suivie par un psychiatre, on ne peut considérer qu'elle a entrepris tout ce qui était exigible d'elle pour diminuer son dommage, de sorte que, conformément à la jurisprudence, aucune incapacité de travail sur le plan psychique ne peut être retenue (cf. consid. 2a supra).

cc) Selon le SMR, la recourante présente une capacité de travail entière dans un métier adapté. Il estime que la capacité de travail retenue par le Prof. C._____ ne se justifiait pas objectivement. Toutefois, il n'étaye pas son avis et ne fait pas état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise. Dans ces circonstances, l'appréciation du SMR apparaît insuffisante pour l'emporter sur celle du Prof. C._____.

dd) Au vu de ce qui précède, la situation médicale est suffisamment claire, d'autant plus que l'appréciation des experts est confirmée par un rapport de stage récent. Une mesure d'instruction complémentaire n'apporterait pas d'éléments objectifs nouveaux et ne s'avère dès lors pas utile. Il convient ainsi de retenir que la recourante présente une capacité de travail entière sur le plan psychique et une capacité de 80% sur le plan somatique. A la différence de ce que soutient la recourante, ce taux ne doit pas être réduit de 20%, celui-ci étant justement issu de la diminution de rendement de 20% retenue par le Prof. C._____. En effet, comme le relève la Dresse V._____, la diminution de rendement est en l'espèce quantitative et non qualitative. Par conséquent, elle ne porte que sur l'exigibilité de travail dans le temps. Or, le Prof. C._____ a estimé que l'on pouvait attendre de la recourante qu'elle exerce une activité durant 6 à 7 heures, voire durant presque 7 heures par jour. Une telle diminution du temps de travail correspond à environ 20% et se trouve être le pendant d'une capacité de travail résiduelle de 80%. Ainsi, le Prof. C._____ en déclarant que la capacité de travail était de 80% et la diminution de rendement de 20% a fait référence à un seul et même objet, soit une durée de travail quotidienne exigible de 6 à 7 heures. Il ne convient dès lors pas, à la différence de ce que soutient la recourante, de réduire de 20% la capacité de travail de 80%. Le rapport

faisant suite au stage chez X._____, produit par la recourante, va en outre dans ce sens et conforte cette appréciation. En effet, il en ressort que la recourante a eu un bon rendement dans toutes les activités, mais que toutefois une activité à 100% apparaissait trop exigeante. Dans ces circonstances, la capacité de travail de la recourante est bien plus proche de 80%, voire plus, que de 64%. Au demeurant, ni l'expertise C._____, (selon lequel la capacité de travail est égale à au moins 80%, un taux plus élevé n'était dès lors pas exclu) ni le rapport de stage effectué chez X._____ ne s'opposent à retenir une capacité de travail supérieure à 80%. Il convient cependant de retenir le taux le plus favorable à la recourante, soit 80%.

b) La recourante estime que l'abattement de 5% est insuffisant, sans toutefois motiver. Or, il ressort que ce taux, au vu des pièces au dossier, n'est pas arbitraire. En tout état de cause, le juge ne saurait sans motifs pertinents substituer son appréciation à celle de l'OAI (cf. consid. 2a supra). La recourante ne s'étant prévalu de tels motifs, il convient de le confirmer, celui-ci ne prêtant pas le flanc à la critique.

c) Selon K._____, la recourante aurait perçu un revenu annuel de 43'537 ou de 47'537 fr. en 2003. Il convient de retenir le montant le plus élevé, soit celui de 47'537 fr., celui étant plus favorable à la recourante. Indexé à 2004 (+ 1,11%), ce montant, qui correspond au revenu annuel sans invalidité pour 2004, se serait élevé à 48'066 fr. 54.

La recourante n'étant plus active, il convient de se baser sur les revenus statistiques de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer le revenu d'invalidé. En 2004, ce revenu était de 48'584 fr. 64 (TA: 1, niveau de qualification: 4, 41,6 heures hebdomadaire). Il convient de l'adapter à la capacité de travail résiduelle de la recourante (80%): 38'867 fr. 71, montant duquel il faut encore déduire 5%, pour obtenir le revenu annuel d'invalidé pour 2004, qui s'élève ainsi à 36'924 fr. 32.

Une comparaison de ces deux revenus permet de retenir une perte de gain de 11'142 fr. 22 (48'066 fr. 54 - 36'942 fr. 32). Ce qui donne un degré d'invalidité de 23,18% ($[11'142 \text{ fr. } 22 : 48'066 \text{ fr. } 54] \times 100$).

Un tel degré d'invalidité étant insuffisant pour ouvrir un droit à la rente (40% minimum; cf. consid. 2a supra), c'est à bon droit que l'OAI a refusé l'octroi d'une rente. Le droit au reclassement est cependant ouvert (20% minimum; cf. consid. 2a supra).

4. a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) 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. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

III. Un émolument judiciaire, arrêté à 250 fr. (deux cent cinquante francs), est mis à la charge de la recourante F._____.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à:

- Procap, service juridique (pour F._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: