

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3982/2007

ATAS/480/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 22 avril 2008

En la cause

Madame D _____, domiciliée à
Genève

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Violaine LANDRY ORSAT et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____, en Suisse depuis décembre 1990, a déposé auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) le 20 juillet 2006 une demande visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente.

L'assurée a rempli le questionnaire servant à déterminer son statut le 14 août 2006. Elle a indiqué que si elle avait été en bonne santé, elle exercerait une activité lucrative, en plus de la tenue de son ménage, à 100%, par intérêt personnel et besoin financier. Elle explique qu'elle ne peut plus exercer sa profession de coiffeuse en raison d'intolérances aux produits et de problèmes de dos, et souhaiterait travailler comme agent de ville.

2. Dans un rapport du 19 octobre 2006, le Dr L_____, généraliste, a déclaré que sa patiente souffrait depuis 2005 d'une dysarthrose L4, d'une dysarthrose cervicale C4-C6 et d'une fibromyalgie, et depuis 1996 d'un asthme bronchial. Il a par ailleurs retenu à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un ulcère gastrique (non confirmé), une intolérance au lactose, une allergie à l'aspirine, aux pollens du frêne et aux poils de chiens, ainsi qu'un tabagisme. Il a estimé son incapacité de travail à 100% depuis le 18 avril 2005. Il a précisé que "la patiente lui semble bien motivée pour essayer une intégration professionnelle. Elle a travaillé comme coiffeuse ou comme caissière dans un établissement à restauration rapide ainsi que dans le service technique (ménage) à l'aéroport de Cointrin. Elle a mentionné qu'elle ne pouvait plus travailler comme coiffeuse à cause de l'asthme, des allergies et des douleurs lombaires. Elle ne pourrait pas travailler non plus comme caissière qui demande de rester toute la journée debout. Le travail comme femme de ménage dans les avions qu'elle a pratiqué pendant six ans n'est plus possible à cause des douleurs lombaires. Elle se sent bien capable de conduire un bus ou de travailler dans un accueil pour les passagers de l'aéroport de Genève. Elle aime bien marcher, c'est pourquoi elle a mentionné qu'elle souhaitait si possible travailler pour l'Etat de Genève comme surveillante d'un parking ou comme agent de sécurité."

Aussi le Dr L_____ considère-t-il que l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible, qu'en revanche elle pourrait conduire, ou accueillir les passagers, en évitant les mouvements, les charges, etc. A la question de savoir s'il faut s'attendre à une diminution du rendement, il répond "non, mais".

3. Dans un rapport du 16 août 2006, le Prof. M_____, chef du service de rhumatologie au département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a posé le diagnostic de fibromyalgie.

4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale a été pratiquée le 19 décembre 2006 par le Dr N_____. Il en résulte une dégénérescence discale avec discarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7, une protrusion discale ostéophytaire C4-C5 de localisation médiane et paramédiane gauche, appuyant sur la partie antérieure du cordon médullaire et sur la racine de C5 gauche, une protrusion discale ostéophytaire C5-C6 de localisation médiane et paramédiane droite, rétrécissant discrètement le canal dans le sens antéropostérieur, une protrusion discale C6-C7 moins prononcée, une uncarthrose avec rétrécissement des trous de conjugaison C5-C6 et C6-C7 à droite, et un cordon médullaire comprimé dans sa partie antérieure à la hauteur de C4-C5 et C5-C6, de signal encore homogène, sans signe de myélomalacie.

Une radiographie de la colonne cervicale de face-profil et du bassin debout datée du 18 décembre 2006 a mis en évidence des troubles statiques du rachis cervical sous forme d'une scoliose à convexité gauche et disparition de la lordose physiologique voire son inversion, une cervicuncarthrose C5-C6 et C6-C7, une discarthrose sévère L4-L5 avec ostéophytose marginale "en bec", étant précisé que les articulations sacro-iliaques coxo-fémorales sont d'épaisseur normale. Il existe par ailleurs une discrète sclérose de part et d'autre de la symphyse pubienne traduisant des réactions de surcharge, une calcification de l'insertion des ilio-psoas sur les petits trochanters, de têtes fémorales de sphéricité conservée mais pas de signe de coxarthrose.

5. Interrogé par l'OCAI, le Prof. M_____ a, par courrier du 7 janvier 2007, indiqué que la patiente souffrait depuis plusieurs années d'une fibromyalgie avec douleurs diffuses, troubles du sommeil et céphalées, qu'à l'examen clinique la mobilité du rachis et des articulations périphériques étaient normales, que les points de fibromyalgie étaient tous fortement douloureux, que l'examen neurologique était normal, que par conséquent il n'y avait pas de limitations fonctionnelles anatomiques. Il a précisé que la fibromyalgie était associée à des douleurs diffuses et à une fatigabilité qui peut interférer avec un travail actif tel que celui de nettoyeuse ou de coiffeuse. Il est toutefois possible d'améliorer le traitement avec une prise en charge de physiothérapie active et l'introduction d'un traitement par antidépresseur tricyclique; tout d'abord à faible dose. Si les symptômes sont bien équilibrés avec ce traitement, la capacité de travail est totale.
6. Mandaté par l'OCAI pour expertise, le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport le 25 mai 2007. Il a posé le diagnostic de trouble anxieux sans précision présent depuis avril 2005, expliquant que "l'hypothèse diagnostique du "trouble anxieux non spécifié" est justifiée par le fait que l'assurée se montre particulièrement anxieuse vis-à-vis de ce qui pourrait déclencher des douleurs et des crises d'asthme; de plus il n'y a pas de limitations fonctionnelles au niveau de l'appareil locomoteur. Cette anxiété aboutit à un évitement de ces situations, celui-ci est vraisemblablement renforcé par l'attitude

protectrice de ses enfants. Ce trouble anxieux peut intervenir dans le maintien de l'évitement de certaines tâches et donc entraver une reprise de travail dans la même activité. Il serait intéressant de faire un travail psychologique à ce niveau afin d'enrayer au maximum ce processus et prévenir une extension à d'autres tâches, avec le risque d'enfermement dans un rôle de malade. Mises à part ces constatations, *l'assurée* ne souffre pas selon moi d'une comorbidité psychiatrique et le syndrome fibromyalgique n'est pas accompagné de répercussions délétères sur sa vie sociale". Le Dr O_____ considère ainsi que l'activité exercée jusqu'ici n'est actuellement pas exigible, précisant que *l'assurée* est capable de se concentrer sur de la lecture, peut assumer son ménage, les tâches administratives, la préparation des repas et les commissions, sauf le port de lourdes charges, peut marcher assez longtemps, prendre soin de son chien et rentrer facilement en relation avec son entourage. Elle est capable psychologiquement de s'adapter à son environnement professionnel.

S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle envisageables, il indique qu'il conviendrait de tenir compte de :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail (la fatigabilité liée à la fibromyalgie peut poser un problème car elle peut à domicile organiser son activité comme elle l'entend. Il serait intéressant de lui proposer une reprise progressive, par exemple un début à 50%, de son activité professionnelle afin de lui permettre de reprendre confiance dans ses capacités).
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social (elle ne paraît pas être limitée en cela)
- la mobilisation des ressources existantes (elle paraît motivée à retravailler pour se "sentir moins handicapée").

L'expert a précisé qu'aucune prise en charge psychologique n'avait été entreprise, le médecin traitant mentionnant à cet égard que *l'assurée* n'acceptait pas de psychotropes, parce qu'elle craignait certains effets secondaires, tels que la sédation par exemple.

Aussi conclut-il qu'une activité adaptée à son invalidité peut être exercée d'un point de vue psychiatrique à 100%.

Il ressort également de son rapport que *l'assurée* peut assumer le ménage de son quatre-pièces, mais à son rythme, en faisant des pauses régulières. Elle est aidée par ses enfants pour le ménage, chacun s'occupant de sa chambre et des courses - les enfants l'aident à charger et décharger les commissions de la voiture car elle se sent incapable de porter des charges. Elle prépare à manger pour toute la famille (pour elle et les deux enfants qui habitent encore avec elle). Elle s'occupe de son chien, sort régulièrement se promener durant plusieurs heures (par exemple de 10 à 16 heures), sinon elle passe son temps couchée et lit durant plusieurs heures, ce qui la

détend et lui fait "oublier ses douleurs". Elle suit un traitement dans une piscine d'eau chaude à l'hôpital de Beau-Séjour. Au niveau de son réseau social, elle semble bien entourée par sa famille (au Maroc, sœur en Norvège, un frère au Danemark et un autre à New York), ses enfants, amis et voisins. Elle se décrit comme quelqu'un de sociable encore maintenant et ce malgré ses ennuis de santé.

7. A la lecture du rapport d'expertise, le Dr P_____ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a constaté que le status clinique effectué par le Dr O_____ ne relevait pas de traits de personnalité pathologique, pas d'humeur dépressive, aucun signe de la lignée psychotique, mais uniquement une angoisse concernant ce qui pourrait déclencher des douleurs ou des crises d'asthme, que selon l'anamnèse par ailleurs, le fonctionnement dans le quotidien était normal et que l'assurée ne souffrait pas d'une comorbidité psychiatrique. Il ne comprend dès lors pas dans ces conditions pour quelle raison le Dr O_____ a posé le diagnostic de trouble anxieux sans précision comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, ni pourquoi l'activité exercée jusqu'ici n'est plus exigible, ni pourquoi il y a une diminution du rendement de 100%, ni sur quelle base l'année 2005 a été retenue comme date du début de l'incapacité de travail.

8. Le Dr O_____ a ainsi répondu le 13 juillet 2007:

"d'après mon évaluation l'assurée a développé une phobie pourrait-on dire d'effectuer certains mouvements et d'être exposée aux poussières. Ceci la pousse à éviter toute situation la confrontant à ce dont elle a peur, ce qui a pour conséquence de rendre actuellement difficile le travail qu'elle effectuait auparavant (nettoyage nécessitant certains mouvements). Les tâches ménagères qu'elle effectue chez elle et surtout le rythme avec lequel elle les effectue ne sont pas comparables avec les exigences de son ancien métier. C'est pourquoi j'estime qu'actuellement, sans traitement psychologique au préalable, elle n'est pas apte à assumer cette activité de nettoyeuse, ne serait-ce qu'à temps partiel.

La date d'avril 2005, pour le début de l'incapacité de travail est retenue car son médecin traitant l'a mise en arrêt maladie. L'assurée est sensibilisée depuis cette époque à la peur d'avoir mal ou d'avoir une crise d'asthme. Le trouble anxieux a commencé à être donc invalidant dès cette époque.

L'atteinte fonctionnelle du point de vue psychologique est l'angoisse suscitée par l'exposition et des activités sollicitant certains mouvements du corps et l'évitement qui s'ensuit".

9. Invitée à se déterminer, la Dresse Q_____ du SMR a constaté sur la base du rapport d'expertise du Dr O_____, que l'assurée ne présentait aucune atteinte invalidante et que sa capacité de travail devait être considérée comme entière (note du 15 août 2007).

10. L'OCAI a communiqué à l'assurée le 21 août 2007 un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée.
11. Un rapport d'observation professionnelle établi par le Centre d'intégration professionnelle et un rapport de suivi professionnel, datés des 30 avril et 1^{er} septembre 2003, ont été versés au dossier le 24 septembre 2007.

Il en résulte que l'assurée a effectué plusieurs stages de confrontation dans différents secteurs de l'industrie du 3 mars 2003 au 11 avril 2003 et du 14 avril au 29 août 2003 et les retours des employeurs sont quasiment unanimes en relevant la difficulté à respecter les règles en vigueur dans un atelier pour l'assurée. Sa motivation et son intérêt pour le travail dépendent essentiellement des liens affectifs qu'elle peut nouer avec son entourage immédiat et du degré de permissivité qu'on peut lui accorder dans ses moments de débordements où son monde interne devient tout à coup prioritaire. Si elle arrive à établir une relation amicale avec ses collègues de travail dans un cadre relativement permissif (c'est-à-dire qui tolère arrivées tardives, rendez-vous urgents dans la journée, migraines, voiture à déplacer plusieurs fois dans la journée, impossibilité de travailler avec certains matériaux sous peine de déclenchement d'une crise de nerfs...), elle oublie ses douleurs et le travail lui paraît très intéressant. Si au contraire elle travaille de manière indépendante et isolée avec une certaine pression de façon plus ou moins contraignante ou simplement normale en atelier, alors toutes ses affections deviennent prépondérantes et elle se plaint de tout, de l'ambiance qui est trop froide ou trop humide, d'odeurs insupportables, de maux de dos, de tête, etc. Dans ces conditions très particulières qui sont le reflet de ses problèmes psychiques, il a été conclu que l'assurée n'était pas plaçable dans le circuit économique normal.

12. Par décision du 25 septembre 2007, l'OCAI a confirmé son projet.
13. L'assurée a interjeté recours le 19 octobre 2007 contre ladite décision. Elle allègue que son état de santé s'est empiré depuis le début de la procédure de sa demande AI, que le Dr **R**_____ conteste l'interprétation que l'OCAI a faite sur son rapport, que le Dr **S**_____, du service de neurologie des HUG, va l'opérer au début du mois de novembre 2007, qu'elle conteste sa capacité de travail.
14. A nouveau invité à se déterminer, le Dr **P**_____ du SMR a relevé que l'expertise du Dr **O**_____ était convaincante, qu'il s'écartait toutefois de ses conclusions en termes de répercussion sur la capacité de travail, estimant que la crainte d'avoir mal ou de déclencher une crise d'asthme ne peut pas justifier une incapacité, cela d'autant moins qu'aucun traitement adapté n'a été introduit. Il considère par ailleurs que tant le rapport d'observation professionnelle du 30 avril 2003 que celui du suivi professionnel du 1^{er} septembre 2003 n'apportent aucun élément médical justifiant une modification de son avis du 15 août 2007.
15. Dans sa réponse du 10 janvier 2008, l'OCAI a dès lors conclu au rejet du recours.

16. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités).

Sur le fond, le Tribunal de céans relève que la décision litigieuse ayant été rendue en date du 25 septembre 2007 et statuant sur un état de fait juridiquement déterminant remontant pour l'essentiel à l'année 2005, le présent litige sera examiné à la lumière des dispositions de la LPGA. Il convient quoi qu'il en soit de relever que ces dispositions n'ont pas modifié la notion d'invalidité selon l'ancienne LAI et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité.

3. En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

4. L'objet du litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et plus particulièrement sur son degré d'invalidité.
5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 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 (art. 16 LPGA).

6. Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA, on doit mentionner - à part les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. 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. 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. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte

qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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. Etant 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 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

8. En l'espèce, le Dr L_____, médecin traitant, a retenu les diagnostics de dysarthrose L4, de dysarthrose cervicale C4-C6 et de fibromyalgie depuis 2005, et d'asthme bronchial depuis 1996. Ces diagnostics ont été constatés par le Dr N_____ sur l'IRM et les radiographies pratiquées les 18 et 19 décembre 2006. Le Prof. M_____ et le Dr O_____ ont confirmé celui de fibromyalgie.

Le Dr L_____ a fixé le taux d'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis le 18 avril 2005 dans l'activité exercée jusqu'ici. Il y a toutefois lieu de constater qu'il se fait surtout l'écho des déclarations de l'assurée, selon laquelle elle ne peut plus travailler ni comme coiffeuse, ni comme nettoyeuse dans les avions, ni comme caissière. Le Prof. M_____ quant à lui a indiqué qu'à l'examen clinique, la mobilité du rachis et des articulations périphériques étaient normales, que l'examen neurologique était normal lui aussi, que par conséquent il n'y avait pas de limitations fonctionnelles anatomiques. Il a ainsi estimé que la capacité de travail était entière, pour autant qu'un traitement soit mené avec physiothérapie active et antidépresseur tricyclique. Force dès lors est d'en conclure que du point de vue somatique, l'assurée présente une capacité de travail entière.

9. Quant à la fibromyalgie, il y a lieu de relever que, de manière générale, la reconnaissance du caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux, respectivement de la fibromyalgie, doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 24 août 2005, I 752/04, consid. 5.4). En conséquence, il convient tout d'abord d'examiner s'il existe une telle comorbidité psychiatrique.
10. Dans son rapport d'expertise du 25 mai 2007, et son complément du 13 juillet 2007, le Dr O_____ a posé le diagnostic de trouble anxieux sans précision présent depuis avril 2005, expliquant que "l'hypothèse diagnostique du "trouble anxieux non spécifié" était justifiée par le fait que l'assurée se montrait particulièrement

anxieuse vis-à-vis de ce qui pourrait déclencher des douleurs et des crises d'asthme. Le Dr O_____ considère ainsi que l'activité exercée jusqu'ici n'est actuellement pas exigible, les tâches ménagères que l'assurée effectue chez elle et surtout le rythme avec lequel elle les effectue n'étant pas comparables avec les exigences de son ancien métier.

11. Ce qui importe en l'espèce est de déterminer si ce trouble anxieux non spécifié ("peur d'avoir mal ou d'avoir une crise d'asthme") décrit par le Dr O_____ peut ou non être assimilé à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie. Force est de répondre par la négative, le Dr O_____ concluant du reste lui-même qu'elle ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique.

Le Dr O_____ considère toutefois que l'activité exercée jusqu'ici n'est actuellement pas exigible, les tâches ménagères que l'assurée effectue chez elle et surtout le rythme avec lequel elle les effectue n'étant pas comparables avec les exigences de son ancien métier.

Il convient à cet égard de relever que bien que le rapport de l'expert remplisse toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence), il se justifie de ne pas suivre mot à mot ses conclusions sur la capacité de travail, les limitations qu'il a constatées dans l'accomplissement des tâches ménagères étant exclusivement dues à l'angoisse vécue par l'assurée craignant plus particulièrement d'exécuter certains mouvements du corps. Il a en effet lui-même considéré que cette angoisse ne suffisait pas pour constituer une véritable comorbidité psychiatrique.

12. Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie. En tant que l'assurée souffre de disarthrose depuis 2005, l'existence d'affection corporelle chronique est établie. Il en va vraisemblablement de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive).

Elle ne subit, en revanche, pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.2, ATFA non publié du 12 septembre 2005, cause I 497/04, consid. 5.2.2 et ATFA non publié du 8 juin 2005, I 361/04), le Dr O_____ ayant relevé qu'elle semblait bien entourée par sa famille, ses enfants, amis et voisins. Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisqu'elle ne consulte pas de psychiatre, ce qui démontre que toutes les possibilités thérapeutiques n'ont même pas été tentées (cf. ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2).

Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que le médecin du SMR a conclu que la fibromyalgie n'avait pas de caractère invalidant.

13. En conséquence, il n'existe aucun élément médical objectif justifiant d'admettre une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible autre qu'entière.
14. Il y a à cet égard lieu de rappeler qu'un assuré doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi l'assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, même sans réadaptation, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et elle prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (art. 10 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (cf. art. 31 al. 2 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; ATF 113 V 28 consid. 4a et les références).
15. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.
16. En conséquence, le recours sera rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 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); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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