

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4304/2008

ATAS/601/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 19 mai 2009

En la cause

Madame P_____, domiciliée au Grand-Lancy, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître SCHNEIDER
Jacques-André

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____, née en 1965, d'origine portugaise, en Suisse depuis 1983, ayant travaillé de 1987 au 30 novembre 2001, date à laquelle elle a été licenciée, au service de X_____ SA comme ouvrière en horlogerie, a déposé le 10 janvier 2008 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement, de mesures médicales de réadaptation spéciale et à l'octroi d'une rente. Elle allègue souffrir de fibromyalgie et de diabète depuis 1998.
2. Dans un rapport du 23 janvier 2008, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics de fibromyalgie et d'état dépressif existant depuis des années. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a ajouté ceux de diabète non insulino dépendant, d'hypercholestérolémie et de tension labile. Il a indiqué que sa patiente était entièrement incapable de travailler depuis février 2007 en tant qu'ouvrière en horlogerie. Elle pourrait en revanche exercer une activité plus légère de petite manutention, de nettoyages légers ou de rangements dans lesquelles les sollicitations identiques prolongées seraient évitées, théoriquement à 100%, sachant toutefois que la fibromyalgie est un état fluctuant, pour laquelle la capacité de travail est difficile à évaluer.
3. Dans son rapport du 19 février 2008, le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, ce depuis le 23 février 2006, mais qu'une autre activité pouvait être envisagée à 50%, pour autant qu'elle comporte peu de stress et peu de contrariétés. Il a retenu, à titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, depuis 1998 avec aggravation en 2006, une fibromyalgie, un épisode dépressif moyen et des migraines, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une personnalité anankastique, un diabète non insulino dépendant et un asthme allergique.
4. Dans un rapport du 16 mars 2008, la Dresse C_____, généraliste, a indiqué que sa patiente souffrait de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques de la colonne CD lombaire sur probable instabilité cervicale - rétrolisthésis de C2-C3 et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, depuis avril 2007, de fibromyalgie (tous les points sont présents et positifs), de migraines communes avec aura visuelle chroniques, de troubles cognitifs dans le cadre d'un syndrome douleur chronique, de trouble dépressif récurrent, de diabète de type II et d'une périarthrite de la hanche gauche. Elle a par ailleurs signalé que l'assurée se plaignait également d'asthme et d'un rhume des foins.

Elle a fixé l'incapacité de travail à 100% depuis avril 2007, quelle que soit l'activité envisagée.

5. Dans une note du 5 juin 2008, le Dr D_____, médecin du Service médical régional AI (ci-après SMR), a pris connaissance de l'expertise réalisée par le Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne, mandaté par la ZURICH ASSURANCES le 7 novembre 2007 et rapporté que l'expert avait retenu un trouble somatoforme douloureux, une fibromyalgie et un état dépressivo-anxieux réactionnel comme diagnostics ayant répercussion sur la capacité de travail. Le Dr D_____ a constaté qu'il n'évaluait cependant pas la situation selon les critères de sévérités en vigueur et n'avait effectué aucun status psychiatrique. Il a dès lors proposé qu'un examen SMR de psychiatrie soit effectué.
6. L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique le 1^{er} juillet 2008 dans le cadre du SMR, par les Drs F_____, rhumatologue et G_____, psychiatre.

Les médecins n'ont retenu aucun diagnostic déterminant, ceux de dysthymie, de fibromyalgie, de rachialgies chroniques dans un contexte de fibromyalgie, de troubles statiques et d'obésité de classe I, étant sans répercussion sur la capacité de travail. Ils n'ont relevé aucune limitation fonctionnelle durable et ont considéré que la dépression chronique de l'humeur présentée par l'assurée revêtait une sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. Ils ont noté qu'elle avait de nombreuses amitiés solides et anciennes qu'elle rencontrait régulièrement. S'agissant des troubles cognitifs, dont le diagnostic a été évoqué par le Dr H_____ dans le cadre du syndrome douloureux, ils ont indiqué qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale avait été effectuée, excluant une atteinte organique. Les migraines sont quant à elles susceptibles d'amélioration sous traitement.

Ils ont ainsi fixé la capacité de travail de l'assurée à 100%, tant dans son activité d'ouvrière en horlogerie que dans une activité adaptée, et ce depuis toujours.

7. Le 21 août 2008, l'OCAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée.
8. L'assurée, représentée par Maître Pierre BYDZOVSKY, a contesté ce projet le 15 septembre 2008. Elle conclut, préalablement, à ce qu'une expertise soit ordonnée aux fins de déterminer les conséquences des céphalées, de la fibromyalgie, de l'état dépressif, des troubles cognitifs, du diabète et de la périarthrite sur sa capacité de travail.

Elle reproche à l'OCAI de n'avoir pas instruit sur ses céphalées migraines, sur ses troubles cognitifs et sur sa périarthrite de la hanche.

9. Dans une note du 7 octobre 2008, le Dr D_____ rétorque que les céphalées, les problèmes de la hanche et les troubles cognitifs avaient bel et bien été pris en considération, de même que les cervico-dorso-lombalgies décrites - mais non-

documentées - par le médecin traitant. Il reconnaît que "nombre d'investigations pourraient encore être faites à l'infini, mais il faut rappeler que les investigations en médecine se basent sur la symptomatologie présente, les signes cliniques objectivés qui forment la base indispensable à retenir des possibilités diagnostiques, que les examens paracliniques et les investigations spécialisées confirment. Ajouter des investigations sur la base d'un mémoire d'audition sans élément pertinent pour le faire est un non-sens".

10. Par décision du 24 octobre 2008, l'OCAI a confirmé son projet de décision.
11. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 25 novembre 2008 contre ladite décision. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 23 février 2008.
12. Invitée à se déterminer, la Dresse I_____ du SMR a constaté, dans un avis daté du 11 décembre 2008, que

"Dans le rapport du médecin traitant du 16 mars 2008, il est mentionné une périarthrite de la hanche gauche. Toutefois, ce diagnostic n'est pas étayé, puisqu'il n'y a aucune description d'une quelconque anomalie au status des membres inférieurs. En juillet 2008, l'assurée a été examinée minutieusement sur le plan ostéoarticulaire notamment, il ressort que c'est la hanche droite qui est légèrement douloureuse à la rotation (en fin de course), sans toutefois présenter des critères diagnostiques pour une périarthrite. Par ailleurs, la mobilisation des deux hanches est symétrique et sans limitations fonctionnelles.

Pour le reste, les conclusions du rapport SMR du 14 août 2008 et l'avis du 7 octobre 2008 sont toujours valables".

Dans sa réponse du 22 janvier 2009, l'OCAI a dès lors conclu au rejet du recours

13. Par courrier du 19 février 2009, le mandataire de l'assuré s'étonne de ce que la réponse de l'OCAI ait été adressée au Tribunal de céans en dehors du délai qui lui avait été imparti au 12 janvier 2009. Il requiert dès lors formellement que les observations soient déclarées irrecevables et écartées du dossier.
14. Sur ce, la cause a été 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales, s'applique.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
5. L'assurée a formellement requis du Tribunal de céans qu'il déclare les observations de l'OCAI du 22 janvier 2009 irrecevables et les écarte du dossier, car produites en dehors du délai imparti au 12 janvier 2009.

A teneur de l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Ce délai d'ordre ne peut être prolongé en application de l'art. 40 al.1 LPGA.

L'art. 16 al. LPA précise que "le délai imparti par l'autorité peut être prolongé pour des motifs fondés si la partie en fait la demande avant son expiration"

En l'espèce, le Tribunal de céans avait demandé à l'OCAI de lui adresser son dossier et sa réponse dans un délai fixé au 12 janvier 2009. L'OCAI n'a pas respecté ce délai puisqu'il ne s'est manifesté qu'un dizaine de jours plus tard, soit le 22 janvier 2009.

A la différence d'un délai légal, le délai imparti par une autorité peut être prolongé si la partie concernée en fait la demande avant l'expiration. Tel n'a pas été le cas en l'occurrence. Le Tribunal de céans a même adressé un rappel à l'OCAI afin d'obtenir le dossier AI. Il ne se justifie toutefois pas de déclarer les écritures de l'OCAI du 22 janvier 2009 irrecevables et de les écarter du dossier pour autant, dans la mesure où la violation du délai imparti demeure sans conséquence sur l'issue du litige (ATF du 14 janvier 2004, P.49/03).

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain,

elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

7. 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. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose 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).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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, et la jurisprudence citée).

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, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

9. En l'espèce, l'OCAI s'est fondé sur les conclusions des Drs F_____ et G_____ ainsi que sur l'avis du Dr D_____, selon lesquels la capacité de travail de l'assurée est entière quelle que soit l'activité envisagée.
10. Le Tribunal de céans constate cependant que l'examen rhumatologique et psychiatrique réalisé par les Drs F_____ et G_____ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Les médecins ont expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assurée, leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal n'a a priori aucune raison de s'en écarter et dispose ainsi de suffisamment d'éléments pour statuer.
11. Il s'agit à ce stade de déterminer si l'appréciation des médecins traitants est de nature à les mettre en doute.

Ceux-ci ont principalement retenu les diagnostics de fibromyalgie, d'état dépressif et de migraines et ont considéré que la capacité de travail était nulle depuis février 2006 pour le Dr B_____, février 2007 pour le Dr A_____ et avril 2007 pour la Dresse C_____.

12. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et les arrêts cités). 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

On ajoutera que dans un arrêt ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). La fibromyalgie a été plus particulièrement assimilée au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA du 20 avril 2006, cause I 805/04).

Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique

nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René Schaufhauser /Franz Schlauri (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83, spéc. 87 sv.) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa

constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p. 108 consid. 3a), l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socioculturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

13. S'agissant de la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, le Dr B_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen et le Dr G_____ a considéré que la dépression chronique de l'humeur n'était pas même suffisamment importante pour dire qu'il y avait trouble dépressif récurrent léger. Ces médecins sont qualifiés pour se déterminer sur ce genre d'atteinte selon la jurisprudence ; il convient de se fonder sur leur appréciation et d'admettre en conséquence que ce critère jurisprudentiel n'est pas rempli. Pour le surplus, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 81, note 135).
14. Se pose ainsi la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assurée en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle.

Le critère de la présence d'affections corporelles chroniques (1) apparaît comme réalisé au vu des cervico-dorso-lombalgies dont l'assurée souffre notamment depuis plusieurs années.

Concernant la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie (2), le Dr G_____ a noté que l'assurée avait conservé de nombreuses amitiés et relations solides. Aucune perte particulière d'intégration n'a par ailleurs été mentionnée par les médecins traitants. Ce critère n'est donc pas réalisé.

S'agissant de l'état psychique de l'assurée, rien n'indique qu'il soit cristallisé (3). Bien au contraire, celle-ci a déclaré qu'elle avait constaté une nette amélioration de son état au cours de l'automne 2007 grâce au traitement du Dr B_____ (cf. rapport SMR du 1^{er} juillet 2008).

Enfin, rien n'indique non plus qu'il y ait eu échec des mesures de réhabilitation entreprises par l'assurée (4).

En conclusion, il ressort de l'ensemble de ces éléments que l'assurée ne remplit pas les critères permettant de reconnaître la fibromyalgie dont elle souffre comme invalidante, en dépit de la présence d'affections corporelles chroniques. Il convient en conséquence d'admettre qu'elle est capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée.

15. L'assurée a expressément sollicité du Tribunal de céans qu'il ordonne une expertise afin de déterminer les conséquences de toutes les atteintes à la santé dont elle souffre sur sa capacité de travail. Il y a toutefois lieu de considérer que les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en œuvre d'expertises s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Plus particulièrement les troubles cognitifs, les migraines et la périarthrite ont été examinés par les médecins du SMR.
16. Aux termes de 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.

Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail (ATF I 43/05).

17. L'assurée a subsidiairement requis la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelles et plus subsidiairement encore, d'une aide au placement.

18. Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon la jurisprudence, l'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné : cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références ; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270).

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

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, les préférences de l'assuré ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation est d'offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont disposait la personne assurée sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b et les références).

19. Il y a lieu de constater qu'en l'espèce, l'assurée, présentant un degré d'invalidité nul, ne peut pas prétendre à des mesures de réadaptation.

C'est dès lors à bon droit que l'OCAI a nié le droit de l'assurée à de telles mesures. Seule une prestation de type aide au placement pourrait être envisagée. L'assurée demeure libre à cet égard de faire valoir son droit à une aide au placement si elle le souhaite.

**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