REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1063/2007 **ATAS/798/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 10 juillet 2007

En la cause

Madame H_____, domicilié , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Stéphane REY — recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Florence BRUTSCH et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après : la recourante), née en 1956 et originaire du Kosovo (République de Serbie et Monténégro) a travaillé en tant que vendeuse dans une épicerie dès le 1er mai 2002.

2. Dès 1998, la recourante a présenté des lombalgies occasionnelles et des polyarthralgies occasionnelles. Un examen tomodensitométrique lombaire pratiqué le 29 janvier 2003 a révélé deux protrusions discales harmonieuses en regard des espaces inter-somatiques L4-L5 et L5-S1.

3. Le 7 mars 2003, alors qu'elle descendait d'un escabeau après avoir rangé des marchandises sur des étagères, la recourante a glissé avec réception sur le membre inférieur droit. Elle a ressenti immédiatement une douleur de la plante du pied droit et des lombalgies.

4. Les radiographies du pied droit, de la colonne lombaire et du bassin, pratiquées le 8 mars 2003, ont montré une fracture au deuxième orteil droit et un discret pincement de l'espace inter-somatique L4-L5 et L5-S1.

5. Le 10 mars 2003, l'employeur a annoncé le sinistre à la GENEVOISE, assureur-accidents.

6. Dans un rapport du 28 mars 2003, la Dresse A_____, rhumatologue, a diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral aigu et une contusion au pied droit. Elle a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 7 mars 2003 pour une durée indéterminée.

7. Du 8 avril au 25 avril 2003, la recourante a été hospitalisée dans le service de rhumatologie des (ci-après : "établissement hospitalier") en raison d'une lombosciatalgie droite afin d'optimaliser les traitements antalgique et physiothérapeutique.

8. Dans un rapport du 15 juillet 2003, le Dr B_____, neurochirurgien, a constaté une limitation de la mobilité lombaire dans tous les plans en raison de douleurs importantes, des signes de non-organicité (Waddel) positifs, une impossibilité de marcher sur les pointes et les talons en raison des douleurs, des manoeuvres de Lasègue positives après quelques degrés à peine, l'absence de franc déficit et de franche atteinte musculaire, la présence d'un réflexe achilléen droit plus faible. Il a conclu à l'existence de lombosciatalgies droites dans un contexte traumatique chez une patiente connue pour des lombalgies chroniques avec discopathies dégénératives à l'IRM. Il n'a pas retenu d'indication opératoire en raison du contexte particulier de la survenue des douleurs associé à des signes de non-organicité et à l'importance des symptômes radiculaires par rapport à des signes radiologiques plutôt discrets.

9. Le 5 janvier 2003 (recte : 2004), le Dr C_____, neurologue, a procédé à des examens neurologique et électroneuromyographique. Dans son rapport du 6 janvier 2004, il a indiqué que l'examen neurologique montrait une patiente très algique avec la présence d'une contracture para-lombaire droite sans qu'il puisse retenir de signe déficitaire, alors que l'examen électroneuromyographique révélait uniquement des signes en faveur d'une atteinte radiculaire essentiellement irritative S1 droite sans signe d'atteinte lésionnelle nette.

10. Par décision du 19 mars 2004, la GENEVOISE a admis que l'événement accidentel avait aggravé temporairement l'état de la colonne vertébrale de la recourante pendant une période de quatre mois de sorte que sa prise en charge se justifiait jusqu'au 6 juillet 2003 et qu'après cette date le statu quo sine devait être considéré comme atteint.

11. Le 12 juillet 2004, la recourante a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.

12. Dans un rapport du 12 septembre 2004, la Dresse A_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites communes depuis mars 2003 et un syndrome douloureux chronique existant depuis 1998. Elle a admis une incapacité de travail de 100 % depuis mars 2003 dans l'activité d'employée d'épicerie et dans le ménage. Elle a indiqué qu'elle traitait la recourante depuis 1996 et a précisé que l'état de santé était stationnaire. Dans l'annexe au rapport médical, elle a exposé que la recourante présentait une incapacité fonctionnelle avec des douleurs, que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible et qu'on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité en raison de l'existence d'un syndrome douloureux chronique invalidant. Elle a également fait état de diverses limitations fonctionnelles.

13. Dans un avis médical du 21 octobre 2005, le Dr D_____, généraliste et médecin du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a indiqué qu'au vu des douleurs qui semblaient disproportionnées par rapport aux examens radiologiques, du traumatisme, de l'existence de signes de non-organicité selon Waddel et de la persistance des symptômes, il y avait lieu de procéder à un examen rhumatologique au SMR.

14. Le 17 mai 2006, la recourante a été examinée par le Dr E_____, rhumatologue et médecin au SMR. Dans son rapport du 14 août 2006, après avoir procédé à une anamnèse et à un examen de la recourante, le Dr E_____ a diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques non irritatives et non déficitaires dans un contexte de protrusion discale L4-L5, L5-S1 et de troubles dégénératifs postérieurs étagés, une obésité de classe III, un status post-fracture du deuxième orteil droit et un status post-hystérectomie totale. Il n'a pas retenu de limitations fonctionnelles au regard du bilan

radioclinique et des éléments du dossier. Il a estimé qu'il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail de longue durée dans les suites de la chute du 7 mars 2003 puisqu' il n'y avait aucun élément radiologique qui parlait en faveur d'une fracture ou d'un tassement pouvant justifier des douleurs chroniques et que la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle d'employée d'épicerie était de 100 % au plus tard à partir de la consultation neurochirurgicale du 14 juillet 2003 montrant des discordances entre l'atteinte radiologique et les allégations de l'assurée ainsi que des signes de non-organicité. Lors de son examen, il n'a pas constaté d'état dépressif majeur et a indiqué que l'assurée n'avait jamais été suivie par un psychiatre, ni n'avait reçu de psychotropes.

15. Dans un projet de décision du 28 août 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a refusé l'octroi d'une rente. Il a indiqué que, selon le SMR, il n'y avait pas eu d'incapacité de travail de longue durée justifiant une invalidité et que la recourante était parfaitement apte à reprendre son activité d'employée d'épicerie à plein temps.

16. Le 27 septembre 2006, la recourante a contesté le projet de décision négative. Elle a estimé que sa capacité résiduelle de travail était nulle. Elle a joint à ses observations un rapport de la Dresse A_____ du 25 septembre 2006 indiquant qu'avant l'accident, les douleurs étaient occasionnelles et que, depuis mars 2003, la patiente souffrait journellement de lombosciatalgies à droite qui ne lui permettaient pas de mener une vie normale dès lors qu'elle devait s'aliter régulièrement pour essayer de calmer ses douleurs et n'arrivait plus à assurer ses tâches ménagères.

17. À la suite de cette contestation, le SMR a rediscuté le cas avec l'examinateur. Dans un avis médical du 26 octobre 2006, le Dr D_____ a précisé que le Dr E_____ ne pouvait que confirmer son précédent rapport et qu'il n'y avait pas lieu de refaire un quelconque examen rhumatologique ou d'autres investigations puisque la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale étaient claires.

18. Par décision du 9 février 2007, l'OCAI a confirmé son appréciation quant à l'absence d'invalidité au sens de la loi sur l'assurance-invalidité, respectivement a refusé l'octroi d'une rente. Il a considéré que la recourante souffrait de lombalgies chroniques qui n'étaient pas invalidantes et ne l'empêchaient pas de travailler.

19. Par écriture du 14 mars 2007, la recourante a déposé un recours contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu, principalement, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière tenant compte d'un degré d'invalidité de 100 %, subsidiairement à la mise en œuvre d'une instruction complémentaire, notamment une expertise médicale pluridisciplinaire de type COMAI. Elle a produit un nouveau rapport de la Dresse A_____ du 5 mars 2007 faisant état de l'absence d'amélioration de l'état de santé et de l'apparition d'un syndrome

métabolique avec tendance à l'hypertension artérielle, l'intolérance aux hydrates de carbone et l'hypercholestérolémie ainsi qu'un séjour au lit durant une semaine en raison de douleurs lombaires. En outre, elle a également produit deux rapports de la Clinique de Carouge pour des consultations en urgence les 7 et 22 février 2007. Elle a soutenu que, selon l'avis de son médecin traitant, les lombalgies étaient invalidantes depuis 2003, qu'elles allaient en s'accroissant, qu'elles provoquaient des vertiges et des malaises, que son état santé s'était aggravé et qu'une hospitalisation était envisagée. De plus, elle a allégué que, selon l'avis du Dr B_____, une hernie s'était déclarée suite à la chute de l'escabeau et qu'elle ne pouvait pas être opérée en raison d'un risque de paralysie. Elle a estimé que l'intimé n'avait pas tenu compte de ses lombalgies invalidantes dégénératives, de ses problèmes pour garder l'urine, de ses vertiges, de sa surcharge pondérale ainsi que de l'aggravation de son état de santé. Elle lui a reproché de ne pas avoir ordonné une nouvelle expertise pour clarifier les divergences entre les Drs A_____ et B_____ d'une part, le SMR d'autre part, ainsi que pour tenir compte des nouveaux éléments décisifs. Elle a considéré que l'intimé s'appuyait sur des anciens rapports datant de plus d'une année, voire de plusieurs années, et que la décision litigieuse était contradictoire en tant qu'elle la considérait comme apte à reprendre son ancienne activité d'employée d'épicerie tout en admettant qu'elle souffrait de lombalgies chroniques, d'incontinence et d'une hernie inopérable.

20. L'intimé a soumis les trois nouveaux rapports médicaux au Dr D_____ qui, dans son avis médical du 16 mai 2007, a considéré qu'aucun de ces rapports n'apportait d'éléments nouveaux en faveur d'une maladie chronique invalidante. Dans sa réponse du 29 mai 2007, l'intimé a conclu au rejet du recourant. Sur la base du rapport du Dr B_____ du 15 juillet 2003, il a contesté que l'accident de mars 2003 ait provoqué une hernie discale et qu'une opération aurait été exclue en raison d'un risque de paralysie. Il a considéré que le rapport du Dr E_____ avait pleine valeur probante et que la procédure d'instruction ne prêtait pas le flanc à la critique puisque les investigations qui avaient été faites étaient précises et complètes. Il a estimé qu'une nouvelle expertise n'était pas justifiée dès lors que les conclusions de l'expert lui paraissaient tout à fait pertinentes au regard de l'ensemble du dossier médical.

21. Le 4 juin 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause 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 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe et sont donc inapplicables dans le présent cas.
   Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction d'un émolument (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision du 9 février 2007 a été reçue par la recourante le 12 février 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le 14 mars 2007 (art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 14 mars 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-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 et art. 28 al. 2 LAI).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. La recourante soutient, en se basant sur les rapports de son médecin traitant, que sa capacité de travail est nulle dans toute activité, alors que l'intimé prétend qu'elle est entière dans son activité précédente en s'appuyant sur le rapport du SMR.

Le rapport d'expertise du 14 août 2006 du Dr E_____ se base tant sur un examen de la recourante que sur l'étude du dossier assécurologique et radiologique. Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance d'une anamnèse familiale, professionnelle, actuelle générale, par systèmes, psychosociale et psychiatrique. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. En effet, l'expert a relevé que la recourante était très démonstrative en ayant un comportement algique et que ses plaintes ne correspondaient pas à l'irritation potentielle de la racine. Il a également observé qu'à la palpation du rachis lombaire, la région douloureuse de L1 jusqu'au sacrum dépassait nettement la localisation des discopathies connues, que la manœuvre de Lasègue était négative, qu'il n'y avait pas de déficit neurologique aux membres inférieurs et que le score de Waddel était positif pour des signes de non organicité. Il a exposé que les éléments du dossier et le bilan radio-clinique ne permettaient pas de retenir de limitations fonctionnelles. Il a expliqué que les protrusions discales présentées par l'assurée ainsi que l'hyperlordose étaient des constatations banales dans sa classe d'âge et qu'il existait une disproportion majeure entre les plaintes, son incapacité à effectuer toute tâche ménagère et l'atteinte à la santé constatée. Il a considéré que la composante majeure gênant l'assurée dans ses activités était un déconditionnement physique et une obésité de classe III qui n'était pas reconnue comme une atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il n'a pas constaté de pleurs, ni de repli sur soi, mais un comportement passif et a considéré, lors de son examen, que la patiente ne présentait pas d'état dépressif majeur. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail qu'il estime entière dans l'activité habituelle d'employée en épicerie. Il a précisé qu'aucun élément radiologique ne parlait en faveur d'une fracture ou d'un tassement pouvant justifier des douleurs chroniques et a ajouté que les protrusions discales visibles sur les deux derniers étages lombaires ne pouvaient pas expliquer l'ampleur des symptômes. Il en a déduit qu'il n'y a jamais eu d'incapacité de travail de longue durée dans les suites de l'accident et que la capacité résiduelle de travail était entière au plus tard depuis le 14 juillet 2003, à savoir dès la consultation du Dr B_____ lors de laquelle pour la première fois ont été mises en évidence tant des discordances entre l'atteinte radiologique et les plaintes de la recourante que des signes de non organicité. Sur la base des informations qu'il a recueillies et dont rien ne permet de dire qu'elles seraient incorrectes, l'expert a estimé que la souffrance vécue par la recourante n'atteignait pas une intensité telle qu'elle empêcherait la reprise de l'activité professionnelle. En cela, il s'en est tenu à la tâche des médecins dans la détermination de la capacité de

travail dans le domaine de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références citées). De plus, son appréciation est soutenue par le Dr B_____ qui, dans son rapport du 15 juillet 2003, a souligné, d'une part, la discrépance entre les symptômes radiculaires et les signes radiologiques plutôt discrets, d'autre part, a mis en évidence des signes de non organicité. En définitive, les conclusions du Dr E_____ apparaissent cohérentes et convaincantes de sorte qu'il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière à son rapport d'expertise.

L'opinion contraire de la Dresse A_____ n'est pas de nature à mettre en doute cette appréciation. Quand, dans son rapport du 25 septembre 2006, elle exprime l'avis que la patiente peine à mener une vie normale en raison de ses douleurs, qu'elle doit s'aliter régulièrement pour essayer de calmer ses douleurs et n'arrive plus à assurer ses tâches ménagères, elle relate surtout la manière dont sa patiente assume et ressent elle-même ses douleurs, respectivement ses facultés de travail, sans examiner dans quelle mesure les plaintes sont corroborées par des signes objectifs. Par conséquent, ses considérations sont empreintes de son point de vue de médecin traitant. Or, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Par ailleurs, il est frappant de constater qu'à aucun moment, la Dresse A_____ n'explique l'importance des plaintes de la recourante au regard des maigres constatations radiographiques qui ne justifient pas d'indication opératoire. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible. En effet, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assurée ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle; ATFA non publié du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2) de sorte qu'en l'absence d'un substrat médical pertinent (tant physique que psychique), entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, on ne saurait considérer les douleurs ressenties par la recourante comme une atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 in fine).

8. La recourante conteste la valeur probante des conclusions de l'expert en se basant sur divers rapports produits dans le cadre de la procédure judiciaire et soutient que ladite expertise contient des contradictions. Tout d'abord, dans un rapport du 5 mars 2007, la Dresse A_____ fait état d'une complication de l'état général par l'apparition d'un syndrome métabolique avec tendance à l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie. Hormis le fait que le Tribunal ne voit pas en quoi ce syndrome aurait une incidence sur la capacité de travail de la recourante, il convient de relever que, dans ledit rapport, le médecin traitant ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé, mais, atteste, uniquement de l'absence d'amélioration de celui-ci.
Quant aux rapports de la Clinique de Carouge des 7 et 22 février 2007, ils ne sont pas suffisamment détaillés et motivés pour mettre en doute les conclusions de

l'expert. Au demeurant, même si on retenait qu'ils font état d'une aggravation de l'état de santé qui, toutefois, n'est pas confirmée par le rapport postérieur du médecin traitant, il n'est pas possible de les prendre en considération dans le cadre de la présente procédure dès lors qu'ils sont postérieurs à la décision entreprise du 9 février 2007. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04, consid. 4).

La recourante a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, si elle établit que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. En effet, les faits survenus postérieurement et qui ont modifié la situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b). Il convient de préciser que l'augmentation des douleurs invoquée par la recourante ne permet pas, à elle seule, de retenir une aggravation de l'état de santé mais que celle-ci doit ressortir de constatations objectives, notamment d'examens radiologiques.

Quant aux vices invoqués par la recourante, à savoir la contradiction entre, d'une part, le diagnostic de lombalgies sur protrusions discales L4-L5 et L5-S1, l'admission d'une incontinence et d'une hernie inopérable, d'autre part, l'aptitude à reprendre l'activité d'employée d'épicerie, ils ne peuvent qu'être rejetés. En effet, contrairement à ce qu'affirme la recourante, selon le Dr B_____, il n'existe pas de hernie discale, mais une discopathie dégénérative étagée L4-L5 et L5-S1, sans franche hernie discale. Par ailleurs, d'après ce spécialiste, elle n'est pas inopérable en raison d'un risque de paralysie, mais bien au contraire, il estime qu'il n'y a pas d'indication opératoire au vu de la discrépance entre l'importance des plaintes et les signes radiologiques plutôt discrets ainsi qu'en raison des signes de non-organicité car l'expérience médicale montre que, dans ce contexte, les résultats d'une telle opération sont en général extrêmement décevants avec l'apparition fréquente d'une aggravation de l'impotence. Au demeurant, le Tribunal ne voit pas en quoi l'admission par l'expert d'une incontinence urinaire et de lombalgies chroniques serait en contradiction avec l'absence d'incapacité de travail. En effet, seule la gravité de ces troubles permettrait d'admettre une incidence sur la capacité de travail. Or, l'expert a précisément expliqué qu'en l'absence d'une fracture vertébrale ou d'un tassement, les protrusions discales visibles sur les clichés radiologiques et qualifiées de plutôt discrètes ne permettaient pas de retenir une incapacité de travail. Quant à l'incontinence, elle engendre des problèmes d'organisation, mais n'induit pas d'incapacité de travail. Enfin, contrairement à ce qu'allègue la recourante, il ne ressort pas des rapports de la Dresse A_____ qu'elle souffrirait de vertiges et de malaise. Quant à l'obésité, c'est à juste titre que l'intimé ne la pas prise en compte dans son appréciation puisqu'elle n'est en soi pas

constitutive d'invalidité (RCC 1984 p. 359), mais qu'elle peut cependant avoir valeur d'invalidité si elle est elle-même la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elle est à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (circulaire AI n° 1013; ATF 99 V 28 consid. 2; VSI 2002 p. 32 consid. 2a, 1996 p. 319 consid. 2a, 321 consid. 1a et 325 consid. 1a), soit des troubles qui n'existent pas chez la recourante. Etant donné qu'aucun des allégués de la recourante ne permet de douter de la valeur probante du rapport du Dr E_____ et de son appréciation d'une capacité de travail résiduelle entière raisonnablement exigible dans l'activité précédente, force est de constater qu'il remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

9. La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire pour clarifier les divergences entre les opinions du SMR et des autres médecins ainsi que pour actualiser les données médicales.

   Contrairement aux allégués de la recourante, les opinions de la Dresse A_____ et du Dr B_____ ne sont pas convergentes puisque cette dernière, d'une part, ne s'étonne à aucun moment de la discrépance entre ses plaintes et les troubles objectivables, d'autre part, ne fait pas état de signes de non organicité au contraire du neurochirurgien. De plus, contrairement à ce que soutient la recourante, l'intimé n'a pas rendu sa décision sur la base d'anciens rapports médicaux, mais, bien au contraire, en tenant compte d'un examen effectué par un rhumatologue au mois de mai 2006, soit neuf mois avant la décision. Enfin, étant donné que seuls sont pris en considération dans le cadre du présent litige les troubles existant au moment de l'émission de la décision litigieuse, il n'y a aucun besoin d'une instruction complémentaire relative aux troubles apparus postérieurement à cette décision. Vu ce qui précède, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue.

10. Mal fondé, le recours est rejeté.

11. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est soumis à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. La recourante étant déboutée, elle sera par conséquent condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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
Yaël BENZ	Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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