

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3058/2007

ATAS/351/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 25 mars 2008

En la cause

Madame S _____, domiciliée à ONEX

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame S_____ (ci-après: l'assurée), est au bénéfice d'un diplôme d'esthéticienne ainsi que de deux certificats fédéraux de capacité (vendeuse et employée de commerce). Depuis août 2000, elle travaillait à plein temps en tant qu'assistante de vente auprès de la société X_____ S.A. et envisageait de passer le brevet de comptable.
2. Le 1^{er} octobre 2003, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière qui a engendré un syndrome vertébral cervical et une incapacité de travail totale.
3. Malgré le traitement médical prodigué, l'assurée a continué à souffrir de cervico-céphalalgies, se compliquant de troubles de la concentration, d'un besoin accru de sommeil, d'une lourdeur des deux membres supérieurs et de dorso-lombalgies.
4. Une tentative de reprise de son activité professionnelle à 50% a été effectuée dès le 1^{er} décembre 2003. Du 12 mars au 16 mars 2004, l'incapacité de travail a toutefois été à nouveau totale, suivie d'une nouvelle reprise à 50% du 17 mars au 25 avril 2004, date à partir de laquelle l'incapacité de travail a été complète.
5. Etant donné l'échec des mesures thérapeutiques et l'incapacité de travail persistante, le Dr A_____, médecin traitant, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, a adressé l'assurée au Dr B_____, spécialiste en neurochirurgie.
6. Par rapport du 21 juin 2004, le Dr B_____ a indiqué que suite à l'accident, l'assurée présentait des nuchalgies invalidantes. Elle avait déjà souffert de nuchalgies par le passé, notamment en 2002. Un bilan radiologique avait alors révélé des discopathies débutantes. L'assurée avait attribué cela à un traumatisme cervical survenu à l'adolescence. Elle décrivait des douleurs ayant un caractère mécanique, supportables au repos, mais devenant rapidement intolérables lors de n'importe quelle activité. Une reprise de travail, même à 50%, s'était avérée impossible.

Les document radiologiques montraient des discopathies débutantes, prédominant en C6-C7, où l'on distinguait une protrusion de type "relâchement ligamentaire" non compressive.

A l'examen clinique, le Dr B_____ a constaté une limitation modérée de la mobilité cervicale, des douleurs palpatoires des insertions musculaires occipitales, des douleurs à l'émergence du nerf d'Arnold, mais pas de signes d'atteinte neurologique.

Les radiographies cervicales fonctionnelles en flexion/extension, effectuées le 11 juin 2004 à la demande de ce praticien, montraient, selon lui, une légère

hypermobilité du segment C5-C6, associée à un léger phénomène de tiroir. En conclusion, il s'agissait d'une probable insuffisance ligamentaire.

7. A la demande de l'assureur-accidents ayant pris en charge les suites de l'événement accidentel, le Dr C_____, spécialiste en neurologie, a procédé à une expertise. Dans son rapport daté du 17 janvier 2005, l'expert a diagnostiqué un status après probable discrète distorsion cervicale ainsi que des cervico-céphalalgies persistantes.

L'assurée, visiblement anxieuse et tendue, était collaborante et ne donnait pas l'impression de surcharger ses plaintes. L'expert a constaté une nuque de mobilité fortement limitée par une réaction antalgique immédiate. Le rachis dorso-lombaire relevait de discrets troubles statiques vertébraux. A la relecture des clichés fonctionnels de la colonne cervicale effectués le 11 juin 2004, il n'y avait pas d'instabilité à considérer comme franchement pathologique.

Selon l'expert, il n'y avait plus d'incapacité de travail en relation avec l'événement accidentel au-delà d'une période de six mois après l'accident. Il a précisé que l'assurée présentait des altérations dégénératives discales pluri-étagées (de C4 à C7 avec discopathie et protrusion discale) pouvant jouer un rôle dans la persistance des troubles. Elle donnait en outre l'impression de présenter quelques facteurs anxio-tensionnels pouvant également jouer un rôle dans la persistance des troubles. Sur un plan "maladif", l'expert considérait que l'assurée devait être capable de travailler au minimum à 50% dans un premier temps, pour autant qu'elle puisse bénéficier d'un soutien à la fois empathique et ferme et d'une certaine compréhension de la part de l'employeur.

8. Le 29 mars 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après: l'OCAI) visant à une orientation professionnelle et à un reclassement dans une nouvelle profession. Elle a expliqué qu'il était important pour elle de reprendre une activité professionnelle, car elle avait besoin, moralement, de se sentir intégrée dans la société et de ne pas dépendre d'une rente d'invalidité.
9. Par rapport du 5 avril 2005, le Dr B_____ a expliqué que les dernières investigations confirmaient l'existence d'un très discret syndrome du tunnel carpien bilatéral, d'une atteinte radiculaire C6 gauche ancienne ainsi que l'absence d'un éventuel syndrome du défilé thoracique. Un bloc anesthésique local des articulaires postérieurs C4-C5-C6 avait également été réalisé, et avait donné une réponse positive dans le sens d'une disparition des douleurs pendant environ deux heures. Selon le Dr B_____, il y avait donc un certain nombre d'arguments qui convergeait vers une instabilité ligamentaire C5-C6, accessible à un traitement chirurgical, sous forme d'une spondylodèse. L'assurée avait reçu les informations concernant les risques éventuels liés à cette opération.

10. Dès le 10 avril 2005, l'assurée a repris à 50% son activité professionnelle.
11. Par rapport du 25 avril 2005, le Dr A_____ a diagnostiqué des cervicobrachialgies prédominant à droite sur discrète instabilité C5-C6 ainsi que des discopathies étagées entre C4 et C7 anciennes. L'état de santé de l'assurée était alors stationnaire et des mesures professionnelles étaient indiquées. Il s'agissait d'une assistante commerciale ayant souffert de cervicalgies depuis plusieurs années. Un bilan radiologique effectué en 2002 avait mis en évidence des discopathies débutantes étagées cervicales. Depuis l'accident survenu en octobre 2003, des nuchalgies invalidantes s'étaient installées, avec tendance à l'irradiation dans les membres inférieurs prédominant à droite. Un bilan extensif n'avait pas permis de prouver de manière irréfutable l'instabilité évoquée par le Dr B_____. Cliniquement, il persistait une raideur cervicale avec déclenchement de symptômes neurovégétatifs lors du test des amplitudes dans tous les plans, prédominant en flexion-extension.

Ce praticien a précisé qu'en raison de ses atteintes, l'assurée présentait, selon la posture de la tête, des difficultés dans l'exercice de son activité professionnelle. Depuis avril 2005, elle pouvait cependant exercer son activité habituelle quatre heures par jour et sa capacité de travail pouvait être améliorée par l'aménagement de sa place de travail devant l'écran. Depuis cette date, elle pouvait également exercer une autre activité, de type bureau, et ce 4 heures par jour, en étant particulièrement attentive à la position de la tête. Une tentative de reprise à 50% dans l'ancienne activité avait débuté depuis le 10 avril. Il estimait que l'assurée, personne fiable et motivée, devrait pouvoir garder une activité à 50%. Le pronostic était cependant difficile à cerner, étant donné que la reprise de l'activité professionnelle avait débuté depuis peu.

12. Par rapport du 29 avril 2005, le Dr B_____ a diagnostiqué un status après traumatisme par accélération crânio-cervicale avec probable instabilité C5-C6 sur étirement de l'appareil ligamentaire postérieur. L'assurée se plaignait de cervicalgies et de céphalées. Ce praticien avait constaté un syndrome cervical +++ et le status neurologique était normal. Selon le Dr B_____, l'assurée devrait subir une spondylodèse C5-C6 ou éventuellement la pose d'une prothèse discale. L'assurée refusait cependant l'intervention.

Il a indiqué que l'exercice de l'activité professionnelle habituelle n'était plus exigible de la part de l'assurée. On pouvait cependant exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité, à savoir des activités légères, sans effort, avec changement fréquent de positions et avec des séances devant l'écran ne dépassant pas 5 à 10 minutes, et ce pendant 4 heures par jour. En raison de la fatigue, il fallait tout de même s'attendre à une diminution du rendement. Enfin, il a précisé qu'en tenant compte des limitations existantes, l'assurée avait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, depuis le 1^{er} janvier 2005, et à 50% dans une autre

profession, depuis le 1^{er} mai 2005. Enfin, la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

13. Par rapport du 27 juillet 2005, le Dr D _____ a diagnostiqué des cervicalgies post-traumatiques chroniques, une discrète radiculopathie C6 gauche et un syndrome du tunnel carpien fruste, bilatéral. Il a constaté une limitation des mouvements de rotations de la colonne cervicale, notamment vers la droite ainsi qu'une trophicité symétrique des muscles de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs. Il n'y avait pas de déficit sensitif aux membres supérieurs, hormis dans les territoires des nerfs médians.

Depuis la reprise d'une activité professionnelle, l'état de santé de l'assurée allait en s'aggravant. Il a fait remarquer que n'ayant pas connaissance du dossier radiologique, il ne pouvait émettre un avis concernant un projet de reclassement professionnel. Il lui semblait néanmoins qu'une lésion ligamentaire cervicale avait été suspectée. A cet égard, il lui paraissait utile de savoir si le syndrome douloureux avait été exploré par une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) dynamique, technique plus pertinente que l'IRM standard pour l'exploration de ce type de pathologie.

14. L'assurée a informé l'OCAI que son employeur avait mis fin, pour des raisons médicales, à son contrat de travail pour le 31 août 2005. A partir de cette date, l'assurée a bénéficié d'indemnités de chômage.
15. Dès avril 2006, l'assurée a travaillé à plein temps en tant que secrétaire technique auprès de la régie Y _____.
16. Le 27 février 2007, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique et psychiatrique effectué par le Dr E _____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, et le Dr F _____, psychiatre, médecins auprès du Service médical régional AI (ci-après : SMR). Dans leur rapport daté du 25 mars 2007, les examinateurs ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicoscapulobrachialgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis avec tendomyogélose en cascade des membres supérieurs ainsi qu'un status après probable discrète distorsion cervicale de degré I à II. L'examen n'avait mis en évidence aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité.

Les examinateurs ont relevé que sur le plan somatique, au status, l'assurée était démonstrative. On notait de discrets troubles statiques du rachis. La mobilité cervicale était très limitée, mais cela entraînait probablement dans le cadre de la démonstrativité de l'assurée, qui présentait, par ailleurs, des douleurs à la palpation des diverses insertions et masses musculaires des membres supérieurs. Le status ne montrait pas de limitation de la mobilité des articulations périphériques. Seule la

mobilité active des deux épaules en élévation et en abduction était limitée. Cette limitation de la mobilité active s'expliquait probablement encore par un manque de collaboration dans le cadre de la démonstrativité de l'assurée et de la tendomyogélose en cascade des membres supérieurs. Le déclenchement de paresthésies des membres supérieurs et des deux mains à la palpation des divers points d'insertions musculaires, mais également des masses musculaires, était certainement liée à cette démonstrativité et d'ordre purement fonctionnel.

Les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis qui étaient déjà présents sur l'IRM cervicale du 31 mai 2002. Les radiographies fonctionnelles de la colonne cervicale ne montraient pas d'instabilité. Les troubles du rachis étant modérés, ils ne conduisaient à aucune limitation fonctionnelle. La tendomyogélose en cascade ne pouvait être considérée comme invalidante.

Selon les examinateurs, la capacité de travail avait été nulle dans toute activité pendant six mois après l'accident, soit du 1^{er} octobre 2003 au 1^{er} avril 2004. Depuis lors, la capacité de travail était complète dans toute activité.

17. Dans son rapport du 7 mai 2007, la Dresse G _____ du SMR s'est ralliée aux conclusions des examinateurs précités.
18. Par projet de décision et décision datés des 11 juin, respectivement, 17 juillet 2007, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Sur la base des constatations rhumatologiques et psychiatriques effectuées par les médecins du SMR, il apparaissait qu'il n'y avait plus de limitations fonctionnelles entraînant une incapacité de travail, même minime, dès le 1^{er} avril 2004. La capacité de travail exigible était donc totale dans toute activité professionnelle et notamment dans l'activité habituelle, de type sédentaire.
19. Par acte du 9 août 2007, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée. Elle explique qu'en 2005, le Dr B _____ lui avait fait part de son soupçon relatif à une instabilité ligamentaire entre la 5^{ème} et 6^{ème} cervicale. Il lui avait alors proposé de l'opérer, mais elle avait refusé, car le recul n'était pas assez important pour ce type d'intervention, le résultat n'étant quant à lui pas certain.

Le 1^{er} avril 2006, elle avait été engagée auprès d'une agence immobilière et était très enthousiaste par ce nouvel emploi. Le travail était passionnant et l'entente avec son chef et ses collègues excellente. Elle devait tout de même prendre quotidiennement des médicaments pour apaiser les maux de tête et les douleurs, mais elle arrivait à gérer.

Au mois de janvier 2007, elle avait reçu la convocation pour l'examen auprès du SMR. Elle avait alors proposé au Dr A _____ d'annuler ce rendez-vous étant donné que, malgré ses maux, elle parvenait à occuper un poste à plein temps. Son

médecin traitant lui avait cependant conseillé de se soumettre à l'examen prévu le 24 février 2007.

Elle explique par ailleurs qu'au mois de mars 2007, au cours d'un voyage au Canada organisé par son employeur, elle avait passé les journées au lit, en raison de vomissements, maux de tête, lourdeurs et tremblement des bras. Son état de santé s'était détérioré. Dès son retour, elle a consulté le Dr A _____ qui l'a alors mise en arrêt de travail à 50% du 17 mars au 25 juillet 2007, à 100% du 26 au 27 juillet 2007, puis à 50%. Elle pensait que cet arrêt de travail était temporaire, raison pour laquelle elle n'en avait pas informé l'OCAI.

A la demande du Dr A _____, elle a consulté, le 26 juillet 2007, un autre neurochirurgien, le Dr H _____, lequel a sollicité de nouveaux clichés de sa colonne cervicale. Dans son rapport du 3 août 2007, versé à la présente procédure, ce spécialiste explique avoir refait un bilan concernant la recourante, lequel confirme tout à fait son impression clinique ainsi que celle déjà décrite par son confrère le Dr B _____: il y a effectivement une rupture d'axe en C5-C6 essentiellement et dans une moindre mesure en C6-C7 ainsi que des discopathies étagées cervicales apparaissant à l'IRM, qui justifiaient les douleurs présentées par la recourante. Celle-ci était bien entendu fort jeune pour lui proposer un geste de stabilisation, mais théoriquement, la seule proposition raisonnable serait de stabiliser le segment C5-C6, voire C6-C7 également. La recourante préférerait, et cela était plus que légitime, avoir d'abord des enfants et ne se soumettre à une intervention chirurgicale qu'en cas de persistance des symptômes sur le très long terme.

A l'appui de son recours, l'assurée produit également une attestation datée du 6 août 2007 établie par le Dr A _____, selon laquelle le récent bilan radiologique de la colonne cervicale effectué le 30 juillet 2007 montre clairement des signes d'instabilité cervicale C5-C6.

La recourante fait ainsi valoir que de l'avis des Drs A _____, B _____ et H _____, elle présente une rupture d'axe en C5-C6, voire en C6-C7, correspondant à une instabilité ligamentaire, qui explique les douleurs dont elle souffre. Or, dans le cadre de son rapport, le Dr E _____ du SMR avait complètement écarté cette éventualité.

Par ailleurs, elle explique que son employeur, informé de son état de santé, a décidé de mettre un terme à son engagement pour le 30 septembre 2007, car son poste de travail requiert un investissement à plein temps.

La recourante dit avoir donné le meilleur d'elle-même, en essayant de reprendre une activité à plein temps. Il lui est maintenant difficile d'accepter de ne plus avoir une vie active normale, alors qu'elle n'a que 31 ans. Selon elle, son état de santé ne lui

permet plus d'avoir une activité à plein temps. Elle se sent cependant capable d'effectuer un travail à 50% dans son domaine.

20. Par écriture du 18 septembre 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il fait valoir que le rapport d'examen établi par les Drs E_____ et F_____ du SMR a pleine valeur probante. L'intimé constate par ailleurs que leurs conclusions rejoignent celles du Dr C_____, expert ayant eu l'occasion d'examiner la recourante dans le cadre de l'assurance-accidents. Selon l'intimé, la situation médicale de la recourante avait été parfaitement élucidée et c'était à bon droit qu'il s'était fondé sur les conclusions des médecins du SMR pour évaluer sa capacité de travail. Les attestations produites par la recourante dans le cadre du présent recours ne pouvaient remettre en cause les conclusions du SMR dès lors qu'elles ne font état, selon l'intimé, d'aucun élément nouveau dont il n'aurait pas eu connaissance au moment de rendre la décision litigieuse.
21. Par courrier du 19 octobre 2007, la recourante se dit étonnée des propos tenus par l'intimé dans l'écriture précitée. Selon elle, l'intimé y affirme que le problème d'instabilité ligamentaire aurait été pris en compte, alors que le rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique du 27 février 2007 n'en parle pas. Elle rappelle que l'instabilité ligamentaire (cassure entre deux cervicales) apparaît clairement sur les radiographies du 30 juillet 2007, lesquelles n'ont pas été vues par le Dr E_____ du SMR.

Par ailleurs, la recourante explique ne pas faire preuve de "démonstrativité" comme le prétendent les médecins du SMR. Le fait que ses mouvements soient très limités avait toujours été constaté par les médecins et les physiothérapeutes consultés. De plus, le Dr H_____ avait précisé à cet égard qu'"il y a effectivement une rupture d'axe en C5-C6 et des discopathies étagées cervicales à l'IRM qui font que cette patiente a tout à fait le droit d'avoir des douleurs".

Enfin, elle rappelle avoir perdu, depuis un mois, le poste de travail qui tenait une place importante dans sa vie. Cette situation ne lui convenait pas du tout car dans sa tête elle était toujours active, mais son corps ne suivait plus.

22. 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 LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
4. Le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante ouvrent droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

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

Selon l'art. 8 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable (al. 1).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version en vigueur dès le 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. Selon l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de

travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1).

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 arrêts cités). 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. 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, ces données 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 sauraient suffire pour justifier une invalidité. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance-sociale, l'allégation de 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. Elle doit également faire l'objet d'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 libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), 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 principe, le juge ne s'écarte 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 ou de l'administration 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 le fait que celle-ci contienne 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).

S'agissant de 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).

7. Dans sa décision litigieuse, l'intimé a retenu que les atteintes dont souffre la recourante n'ont, dès le 1^{er} avril 2004, pas de répercussion sur sa capacité de travail. Il se fonde pour cela sur les conclusions des Drs E_____ et F_____ du SMR. Pour sa part, la recourante soutient qu'elle est incapable de travailler à 50%, en se fondant sur les avis des Drs A_____, B_____ et H_____.
8. S'agissant des atteintes à la santé dont souffre la recourante à sa colonne cervicale, force est de constater que les avis des médecins divergent.

Ainsi, le Dr B_____, neurochirurgien, conclut à une probable insuffisance ligamentaire en C5-C6 (rapports des 21 juin 2004, 5 et 29 avril 2005), alors que pour le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales, s'il existe certes une discrète instabilité en C5-C6, l'instabilité évoquée par le Dr B_____ n'a cependant pas été prouvée de manière irréfutable (rapport du 25 avril 2005). Selon le Dr I_____, spécialiste en neurologie, et le Dr E_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, il n'y a pas d'instabilité (rapport du 17 janvier 2005 et 25 mars 2007). Le 30 juillet 2007, un nouveau bilan radiologique a été effectué à la demande du Dr H_____, neurochirurgien, confirmant l'existence d'une rupture d'axe en C5-C6 essentiellement, et dans une moindre mesure en C6-C7 (rapport du 3 août 2007). Pour le Dr A_____, ces nouveaux examens radiologiques montrent clairement des signes d'instabilité cervicale C5-C6 (attestation du 6 août 2007).

Selon une jurisprudence constante, 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 (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).

En l'espèce, il convient de relever que quand bien même une rupture d'axe en C5-C6 a été constatée radiologiquement après la date à laquelle la décision litigieuse a été rendue, soit le 17 juillet 2007, il n'en demeure pas moins que cette atteinte, dont l'existence avait été jugée comme probable par le Dr B_____, déjà en date du 21 juin 2004, doit être prise en compte dans le cadre de la présente procédure. A cet égard, le Dr H_____ a également expliqué que le bilan radiologique effectué le 30 juillet 2007 confirmait l'impression décrite précédemment par le Dr B_____ (rapport du 3 août 2007).

Compte tenu de ce qui précède, et dans la mesure où le diagnostic d'instabilité ligamentaire a été expressément écarté par les médecins du SMR et le Dr C_____, leurs conclusions quant à la capacité de travail de la recourante ne peuvent être dès lors suivies. On ne saurait, au demeurant, accorder un poids décisif à l'avis du Dr C_____, lequel s'est déterminé dans le cadre de l'assurance-accidents, sans se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité résiduelle présentées par la recourante.

Le Tribunal de céans constate par ailleurs que les avis des autres médecins consultés par la recourante ne permettent pas non plus de tirer des conclusions claires quant à sa capacité de travail dans sa profession habituelle, d'une part, et dans une activité adaptée, d'autre part.

Aussi l'avis du Dr B_____ ne saurait-il valablement fonder une exigibilité à 50% dans une activité adaptée. En effet, on peine à comprendre les motifs pour lesquels ce praticien retient que la recourante avait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, seulement depuis le 1^{er} mai 2005, alors que dans son activité habituelle, et compte tenu de ses limitations, une telle capacité existait déjà depuis le 1^{er} janvier 2005 (rapport du 29 avril 2005). Le Dr H_____ ne s'est quant à lui pas prononcé sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, le Dr A_____ étant le médecin traitant de la recourante, il n'est pas possible de statuer sur la base de ses seules constatations et conclusions.

9. Compte tenu de ce qui précède, la question des répercussions qu'entraînent les troubles dont souffre la recourante sur sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, n'apparaît pas suffisamment éclaircie. A défaut d'informations fiables et suffisantes sur ces points, le Tribunal de céans ne peut donc se prononcer sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité en raison de ses atteintes à la santé.

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux X_____ : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (DTA 2001 p. 169).

Il y a lieu en l'occurrence de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise indépendante effectuée par le Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) et nouvelle décision. Il incombera aux médecins de fournir tous les éléments permettant de déterminer avec précision l'incidence des troubles sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, le cas échéant, l'intimé soumettra cette dernière à un stage d'observation professionnelle afin de déterminer précisément et concrètement quelles sont les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et s'il y a d'éventuelles mesures de réadaptation professionnelle à envisager.

10. Le recours est par conséquent admis.
11. Un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé, le présent recours ayant été interjeté après l'entrée en vigueur, le 1^{er} juillet 2006, de l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. chiffre II des dispositions transitoires de la modification du 16 décembre 2005).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du 17 juillet 2007.
3. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
5. 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

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

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