REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4235/2006 **ATAS/543/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 22 mai 2007

En la cause

Madame K_____, domiciliée , 1227 CAROUGE, représentée par le CENTRE SOCIAL PROTESTANT, en les bureaux duquel elle élit domicile	recourante

contre

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

Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente, Christine BULLIARD et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Mme K_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1958, est titulaire d'un certificat fédéral de capacité d'employée de bureau et a travaillé dans diverses activités salariées avant d'ouvrir, en 1990, un commerce de produits asiatiques, puis de faire faillite en 1996. En dernier lieu, elle a travaillé du 7 mars au 30 novembre 2003 en tant qu'agente de sécurité à X_____.

2. Une scanographie lombaire effectuée le 29 août 2003 a révélé une discopathie débutante en L4-L5 avec protrusion discale circonférentielle et une discopathie L5-S1 avec une arthrose postérieure.

3. L'assurée a séjourné du 16 octobre au 13 novembre 2003 à la "établissement hospitalier". Dans un rapport du 24 novembre 2003, la Dresse A_____, interniste, a diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux (F. 45.4), un syndrome lombo-vertébral, un fibrome utérin, une surcharge pondérale et une allergie à l'Augmentin. Elle a constaté des douleurs lombaires à la palpation prédominant à droite, une contracture paravertébrale à droite, la présence de 13 points de fibromyalgie sur 18, enfin, une thymie neutre. Elle a fait état d'un syndrome douloureux chronique diffus, surtout localisé dans la région lombaire, et a précisé que l'ensemble des plaintes ressenties comme fortes contrastaient avec la pauvreté des éléments cliniques et le non verbal. Dr B_____

4. Dans un rapport du 12 mai 2004, le, généraliste, a diagnostiqué, avec répercussions sur la capacité de travail, un trouble somatoforme douloureux et une lombosciatique droite chronique sur protrusion discale L4-L5 existant depuis février 2003, des polyarthralgies chroniques et fugaces d'origine indéterminée présentes depuis septembre 2002 et un état dépressif chronique existant depuis mars 2003. Il a attesté une incapacité de travail entière dès le 26 août 2003. Il a indiqué qu'il traitait la patiente depuis février 2003 et que l'état de santé était stationnaire. Il a constaté la présence de 14 points de fibromyalgie sur 18, une palpation douloureuse au niveau L3 à S1, une douleur élective à la palpation de la sacro-iliaque droite, des sciatalgies à droite mais sans déficit. Il a expliqué que la patiente se plaignait de polyalgies diffuses compatibles avec une fibromyalgie, d'une tendance dépressive et d'une fatigue inhabituelle. Mis à part la contusion lombaire, il a considéré que le status clinique ne semblait pas être en relation avec les plaintes. Dans le rapport médical concernant les capacités professionnelles, il a mentionné une incapacité à s'agenouiller, incliner le buste, s'accroupir, lever, porter ou déplacer des charges de plus de 5 kilos, se baisser, effectuer des mouvements des membres ou du dos de façon occasionnelle ou répétitive, travailler en hauteur ou sur une échelle, se déplacer sur sol irrégulier. Il a conclu à une capacité de travail raisonnablement exigible en tenant compte des limitations existantes à 50% dans la profession exercée jusqu'ici et à 50% dans une profession telle que bureautique. Dans l'annexe

relative à la réinsertion professionnelle, il a considéré que l'activité exercée jusqu'ici était encore exigible à 50% à moyen terme à raison de trois à quatre heures par jour et qu'il y avait une diminution de rendement de plus de 75%. Il a estimé qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité n'impliquant ni port de charges, ni position trop longtemps assise à raison de trois heures par jour.

5. Le 29 mars 2004, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance invalidité tendant à l'octroi d'une rente en raison tant d'une hernie lombaire, d'une fibromyalgie et d'un rhumatisme articulaire que d'une incapacité de travail entière présente depuis le 26 août 2003.

6. Le 9 juin 2004, l'assurée a informé l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) qu'elle ne consultait aucun psychiatre indépendant mais qu'elle suivait une psychologie de soutien depuis plusieurs années auprès de son médecin traitant.

7. Le 10 mars 2006, l'assurée a été examinée par les Dr C_____ et D_____, médecins du SMR, respectivement rhumatologue et psychiatre. Dans leur rapport du 1er septembre 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses prédominant à la région lombaire dans le cadre de troubles dégénératifs modérés du rachis et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F. 43.21). Dans leur appréciation consensuelle du cas, ils ont précisé qu'au status, ils n'avaient pas observé de troubles statiques du rachis et que l'assurée présentait des douleurs à la palpation non seulement des points typiques de la fibromyalgie mais également des masses musculaires des quatre membres, sans substrat organique puisqu'il n'existait ni signe pour une arthropathie inflammatoire, ni syndrome radiculaire. Ils ont noté que les radiographies révélaient des discopathies étagées avec une protrusion discale L4-L5, soit des troubles dégénératifs relativement modérés qui ne pouvaient pas conduire à une incapacité de travail dans des activités professionnelles ne nécessitant pas le lever de charges. Ils ont expliqué que, d'un point de vue purement rhumatologie, ils ne retenaient pas d'incapacité de travail dans l'activité d'agente de sécurité à l'aéroport ou de secrétaire étant donné que les douleurs des quatre membres n'étaient pas d'origine organique. Sur le plan psychiatrique, ils ont exposé que l'anamnèse avait mis en évidence une symptomatologie dépressive réactionnelle ne nécessitant pas de traitement antidépresseur. Ils ont estimé que les critères de la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'Organisation Mondiale de la Santé (ci-après : CIM-10) n'étaient pas réunis pour diagnostiquer un trouble somatoforme douloureux en raison de l'absence de sentiment de détresse. Ils ont conclu à une capacité de travail exigible complète dans les activités professionnelles habituelles à savoir tant dans l'activité de secrétaire que dans celle d'agente de sécurité à l'aéroport.

8. Dans un rapport d'examen du 7 septembre 2006, la Dresse E_____, médecin du SMR et interniste, a estimé qu'en l'absence d'atteinte à la santé invalidante, il s'agissait d'un status relevant de l'amplification des symptômes ou d'une situation comparable qui n'était pas du ressort de l'assurance-invalidité et que l'assurée n'avait pas d'incapacité de travail durable de sorte qu'elle était à même de surmonter ses douleurs pour retrouver une activité correspondant à ses compétences professionnelles.

9. Dans un projet de décision du 18 septembre 2006, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente estimant que la capacité de travail de l'assurée était complète dans toutes activités.

10. Dans un rapport du 11 octobre 2006, le Dr B_____ a indiqué que, depuis l'expertise, l'état du rachis de la patiente n'avait cessé de se dégrader. Il a expliqué que, d'une part, cette dernière avait subi une série d'infiltrations au niveau de sa colonne vertébrale sans grand résultat, d'autre part, qu'elle portait un corset rigide pour supporter la douleur et exercer un minimum d'activité. Il a exposé que, dans ces conditions, il ne voyait pas comment on pouvait prétendre à une capacité de travail. Il a demandé que des experts se penchent sur le cas de la patiente, mais d'une manière plus pertinente, et a répété qu'elle souffrait d'un handicap réel de sorte qu'elle était parfaitement incapable d'exercer la moindre activité lucrative.

11. Par décision du 23 octobre 2006, l'OCAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité. Il a précisé que le rapport du Dr B_____ du 11 octobre 2006 ne contenait pas de nouveaux éléments médicaux objectifs susceptibles de modifier sa position.

12. Par écriture du 13 novembre 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle indique se trouver dans un état de souffrance constante en raison de trois disques atrophiés et que les douleurs sont de plus en plus difficiles à supporter puisqu'elles entraînent des difficultés à dormir, des réveils nocturnes, la nécessité d'avoir les jambes allongées en étant assise et de s'allonger. Elle mentionne une aggravation de son état de santé depuis la visite médicale du 10 mars 2006.

13. Le 16 novembre 2006, la recourante a complété son écriture en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et a informé le Tribunal qu'elle allait lui communiquer divers certificats médicaux confirmant son incapacité de travail totale.
14. Dans sa réponse du 21 décembre 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours et a considéré que les conclusions de l'examen bidisciplinaire réalisé le 10 mars 2006 par les médecins du SMR étaient motivées et convaincantes.

15. Dans sa réplique du 6 février 2007, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a produit dans la procédure le rapport rédigé le 30 janvier 2007 par le Dr SELZ, chirurgien orthopédique, et a indiqué que ce médecin allait se prononcer à nouveau

sur l'évolution de l'état de santé en tenant compte d'une nouvelle IRM. Elle a proposé de renvoyer le dossier à l'intimé pour complément d'instruction en raison du caractère discutable, voire obsolète, des éléments médicaux actuellement au dossier.

17. Le 28 février 2007, la recourante a produit divers rapports médicaux. Dans un rapport du 5 avril 2005, la Dresse F_____, médecin au service d'anesthésiologie des Hôpitaux universitaires de Genève a diagnostiqué des lombosciatalgies chroniques sur discopathie débutante en L4-L5 et L5-S1 associée à une arthrose postérieure, une fibromyalgie depuis 1999, une fatigue chronique. Dans un rapport du 20 mai 2005 consécutif à un séjour du 27 mars au 17 avril 2005 au Rehazentrum de Loèche-les-Bains organisé pour réduire la douleur et pour reconditionnement musculaire, le Dr H_____, médecin-chef, a diagnostiqué une fibromyalgie présente depuis 1999 avec dysbalance musculaire, un syndrome douloureux lombaire accentué à droite avec ostéochondrose L4-L5, sacralgies, légère protrusion discale L4-L5 accentuée à gauche, bascule du bassin, ilium postérieur à droite, symptomatique du muscle pyramidal à droite. Il a indiqué que la patiente se plaignait depuis environ 1990 de douleurs latérales diffuses des articulations proximales et distales des membres supérieurs et inférieurs ainsi que de toute la musculature bilatérale qui avaient conduit à poser le diagnostic de fibromyalgie en 1999 et que, depuis une chute survenue en août 2003, elle avait développé des douleurs lombaires plus marquées à droite avec irradiation douloureuse intermittente dans le haut de la cuisse droite. Dans un rapport du 20 juillet 2005, le Dr I_____, spécialiste en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, a relevé que la patiente avait l'impression d'une diminution de force au membre inférieur droit, mais sans qu'il ait mis en évidence de déficit sensitif. Il a constaté que le rachis était diffusément sensible sur toute la hauteur lombaire avec une prédominance du côté droit pour les articulations facettaires. Il a réalisé deux séries de tests explorant les articulations facettaires L4-L5 et L5-S1 ainsi que les nerfs rachidiens L4 et L5 du côté droit qui se sont révélés négatifs. Il a conclu que, puisque les pathologies courantes traitables avaient été exclues, il fallait admettre que ces douleurs entraient dans le cadre de sa fibromyalgie. Les radiographies de la colonne lombaire et l'IRM lombaire pratiquées le 26 janvier 2007 ont confirmé les examens radiologiques précédents. La recourante a également produit un rapport du 7 février 2007 du Dr J_____, neurologue, relatif à une électromyographie au membre inférieur droit pratiquée le 6 février 2007 et un rapport du Dr SELZ du 28 février 2007.

18. Le 7 mars 2007, le Tribunal a communiqué à l'intimé ces divers rapports médicaux et lui a demandé de les soumettre au SMR pour prise de position médicale.

19. Dans un avis médical du 14 mars 2007, la Dresse E_____ a considéré que tous ces documents confirmaient l'existence de douleurs chroniques qui, sur la base des documents radiologiques et du status, ne s'expliquaient pas objectivement. Elle

a estimé que l'aggravation mentionnée par le médecin traitant consistait en une aggravation subjective puisque le même médecin avait prétendu en décembre 2006 que la situation était inchangée dans le cadre de douleurs chroniques de type fibromyalgie. Elle a conclu à l'absence tant d'une nouvelle atteinte que d'une aggravation objective et à l'inutilité d'une nouvelle expertise.

20. Avec sa duplique du 23 mars 2007, l'intimé a produit dans la procédure l'avis de la Dresse E_____ et a persisté intégralement dans sa position.

21. Le 29 mars 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à la recourante et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les contestations prévues à l'art. 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 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 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elles sont applicables en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à leur 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).

   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 (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 23 octobre 2006 a été reçue par la recourante au plus tôt le lendemain alors que le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception (art. 38 al. 1 LPGA) de sorte que le recours du 13 novembre 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, il est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et, plus particulièrement, sur le droit à une rente entière 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).

   En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), 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.

   Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. 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 (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

6. Le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la fibromyalgie présente de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifie, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Il y a

lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 71 consid. 4.2.1). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 72 consid. 4.3).

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).
Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49).

7. 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 sont 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).

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

Que l'on se réfère au diagnostic de fibromyalgie posé par les Drs F_____, H_____ et I_____ ou à celui de trouble somatoforme douloureux posé par les Drs A_____ et B_____ ou encore au rapport du SMR, il est constant que la recourante souffre d'un état douloureux sans substrat clairement objectivable. Les investigations pratiquées n'ont en effet révélé chez elle aucune atteinte somatique significative (pas de hernie discale; status neurologique normal). Il convient donc d'examiner si les rapports médicaux, sur lesquels l'intimé s'est fondé pour rendre sa décision, permettent de statuer sur le caractère invalidant de cet état douloureux.

Dans leur rapport du 1er septembre 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, des rachialgies diffuses prédominant à

la région lombaire dans le cadre de troubles dégénératifs modérés du rachis et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F. 43.21). Lors de son examen clinique, le Dr C_____ a constaté une marche avec boiterie d'appui du membre inférieur droit, une ébauche d'accroupissement, une impossibilité de marcher sur les talons à gauche, des douleurs à la palpation des apophyses épineuses de L2 au sacrum ainsi que de la musculature paravertébrale lombaire adjacente, des douleurs à la palpation des points typiques de la fibromyalgie ainsi que des masses musculaires des deux avant-bras et des deux membres inférieurs. Lors du status psychiatrique, le Dr D_____ a fait état d'une absence de tristesse apparente ou exprimée, d'une absence d'idées noires ou suicidaires, d'une absence de perte d'intérêt ou de plaisir pour les loisirs ou les relations avec l'entourage familial et immédiat, de l'absence d'une symptomatologie anxieuse déclenchée au cours de l'entretien. Il a également noté une diminution de l'appétit et une libido conservée. Les médecins du SMR ont expliqué que l'annonce par la police du décès du père de l'assurée qui vivait sous une fausse identité à Lausanne avait provoqué un conflit avec les frères et sœurs, puis une prise de distance entre eux qui était à l'origine d'un sentiment d'abandon. Ils ont précisé que ce sentiment était présent depuis l'enfance de l'assurée, mais était insuffisant pour parler d'un trouble de la personnalité pathologique qui pourrait perturber le fonctionnement socioprofessionnel. Bien qu'ils aient observé que la mobilité tant cervicale que lombaire était diminuée, ils ont conclu, en définitive, à une mobilité tout à fait conservée des articulations périphériques en raison de la présence, lors de leur examen, de signes de non-organicité selon Waddell. Ils n'ont pas mis en évidence de troubles de la personnalité pathologiques ou décompensés. Ils n'ont pas retenu, d'un point de vue purement rhumatologique, de limitations fonctionnelles et ils ont admis une incapacité totale de travail pendant un mois à partir de la chute remontant à juillet 2003 en raison d'une probable contusion locale. Au-delà de cette période, ils ont estimé que la capacité de travail était totale étant donné que les troubles dégénératifs présentés par l'assurée sont modérés.

Le rapport des médecins du SMR se base sur un examen clinique de la recourante et un entretien psychologique. Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance tant d'une anamnèse familiale, professionnelle, générale, par systèmes, psychosociale et psychiatrique que du dossier médical et radiologique. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les médecins du SMR se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, elles reposent sur des constatations objectives seules pertinentes dans ce type d'appréciation.

9. La recourante dénie, cependant, au rapport des médecins du SMR une pleine valeur probante. Elle prétend que ces derniers n'ont pas correctement apprécié les effets de ses douleurs sur sa vie quotidienne et que son état de santé s'est aggravé depuis leur

examen. Elle s'appuie sur les divers rapports médicaux qu'elle a produits dans le cadre de la procédure judiciaire.

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).

Il y a lieu de relever que les rapports des Dr SELZ et J_____ ainsi que le rapport radiologique du 26 janvier 2007 sont postérieurs à la décision litigieuse de sorte qu'il n'y a pas lieu de les prendre en considération dans la présente procédure. Au demeurant, ils ne font que confirmer l'absence de trouble objectivable.

Par ailleurs, dans son rapport du 11 octobre 2006, le Dr B_____ invoque une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'examen par les médecins du SMR et atteste une incapacité de travail totale dans toute activité lucrative en raison de l'absence de résultats tant de la prise d'antalgiques majeurs que des infiltrations, qu'enfin, du port d'un corset. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Au vu de cette jurisprudence et de l'absence objective d'une quelconque aggravation de l'état de santé de la recourante, absence confirmée tant par les résultats de l'électromyographie du 6 février 2007 que des examens radiologiques du 26 janvier 2007, les conclusions du médecin traitant ne permettent pas de jeter le doute sur celles des médecins du SMR.

Enfin, l'augmentation des douleurs invoquée par la recourante, ne permet pas, à elle seule, de retenir une aggravation de l'état de santé. 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).

Etant donné qu'aucun des allégués de la recourante ne permet de douter de la valeur probante du rapport des médecins du SMR et de leur appréciation d'une capacité de travail résiduelle raisonnablement exigible entière tant dans l'activité précédente que dans une activité adaptée, 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).

10. En l'espèce, l'existence d'une comorbidité psychiatrique manifeste, tant sous l'angle de l'acuité que de la durée, doit être niée dans le cas de la recourante. En effet, les médecins du SMR ont fait état, à côté du diagnostic principal, de rachialgies diffuses prédominant à la région lombaire dans le cadre de troubles dégénératifs modérés du rachis, d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Comme tel, ce dernier trouble ne saurait être assimilé à une véritable atteinte à la santé psychique ayant valeur de maladie; les médecins précités l'ont d'ailleurs spécifié dans leur rapport, parlant à cet égard de diagnostic sans retentissement significatif sur la capacité de travail et n'abordant pas plus cet aspect de la personnalité de la recourante dans leur appréciation du cas ou dans leurs conclusions.
Se pose dès lors la question de la présence éventuelle d'autres critères dont le cumul permettrait d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie. En tant que la recourante souffre d'un syndrome lombo-vertébral chronique sur protrusion discale L4-L5 depuis février 2003, l'existence d'une affection corporelle chronique est établie. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque, selon les médecins, la recourante présente une longue évolution de douleurs existant depuis environ 1990. En revanche, compte tenu, d'une part, de son aptitude à assumer sans limitation fonctionnelle toute activité lucrative ne nécessitant pas le lever de charges, d'autre part, du soutien de sa fille et de son mari qui l'aident dans le ménage, la recourante n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Au demeurant, elle entretient de bonnes relations avec son mari ainsi qu'avec ses enfants puisqu'elle prend le repas de midi avec sa fille chaque jour, discute au salon chaque soir avec ses enfants et est aidée par son mari ainsi que par sa fille dans ses tâches ménagères (ATFA non publié du 27 avril 20006, I 42/05, consid. 4.4.2). En outre, rien n'indique, au dossier, qu'elle subirait une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et les médecins ne l'allèguent d'ailleurs pas. Il n'y a pas davantage lieu de conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique ou à l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, puisqu'elle ne suit aucun traitement auprès d'un psychiatre, ce qui établit que toutes les possibilités thérapeutiques n'ont pas encore été épuisées (cf. ATFA non publié du 13 juillet 2005, I 626/04, consid. 5.2).
Au vu de ce qui précède, les troubles psychiques présentés par la recourante ne se manifestent pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail de celle-ci. En définitive, c'est à juste

titre que les médecins du SMR ont conclu que la fibromyalgie et les troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée qui lui sont associés n'ont pas de caractère invalidant.

11. Mal fondé, le recours est rejeté.

12. 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.

Le greffier : La présidente

Pierre RIES 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