

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4169/2006

ATAS/319/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 6**

**du 26 mars 2007**

En la cause

Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée , GENEVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Theresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Mme R\_\_\_\_\_, née en 1960, a travaillé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2001 auprès de X\_\_\_\_\_ SA, en tant que contrôleuse qualifiée avec, en dernier lieu, un salaire mensuel de 4'620 fr. versés 13 fois et, en plus, une participation à la Caisse-maladie de 100 fr. par mois, soit 61'260 fr. par année.
2. Dans un rapport du 21 décembre 1998, le Dr A\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, a posé un diagnostic de status après double arthrodèse sous-astragalienne et médiotarsienne gauche sur synostose congénitale. Il a indiqué que la patiente avait subi de multiples opérations des deux pieds au Pérou dans son enfance, particulièrement une double arthrodèse des deux pieds en raison de troubles statiques. Il a exposé qu'en 1992, elle présentait les séquelles d'une intervention de type Brandes Keller à gauche et que, le 16 juin 1992, elle avait subi une reprise d'une double arthrodèse sous astragalienne et médiotarsienne avec greffe, une reprise de Brandes Keller et une ablation de névrome de Morton. Il a ajouté qu'à la suite de douleurs liées à un conflit avec le matériel d'ostéosynthèse, il avait été pratiqué, le 9 juin 1993, une toilette articulaire de la cheville, une ablation du matériel d'ostéosynthèse et une arthrodèse de deux orteils. Il a précisé que la patiente se déplaçait avec une boiterie d'esquive du pied gauche. Il a également prescrit le port de chaussures du commerce adaptées à ses déformations et de supports plantaires.
3. A la suite du dépôt par l'assurée d'une demande de prise en charge de chaussures orthopédiques, le 1<sup>er</sup> décembre 1998, par décision du 16 février 1999, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a rejeté la demande de prestations. Il a motivé sa position en expliquant que l'invalidité était survenue dans l'enfance et qu'à cette époque, l'assurée, qui était de nationalité péruvienne, ne remplissait pas les conditions de couverture d'assurance prévues pour les ressortissants étrangers.
4. Une résonance magnétique pratiquée le 26 novembre 2003 a révélé une discrète déshydratation des disques C2-C3, C3-C4 et C4-C5 avec minime hernie discale médiane C3-C4 sans contrainte radiculaire ou médullaire.
5. Dans un rapport du 14 octobre 2004, la Dresse B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, a attesté une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> avril au 25 avril 2004 à 100%, du 26 avril au 13 juin 2004 à 50%, du 28 juin au 18 juillet 2004 à 100%, enfin, du 19 juillet au 30 septembre 2004 à 50%. Elle a diagnostiqué des lombosciatalgies L5-S1 gauche, un syndrome vertébral cervical, dorsal et lombaire (hernie discale L5-S1 gauche), enfin un état dépressif moyen à sévère. Elle a précisé que, depuis le 6 octobre 2004, la patiente était de nouveau à l'arrêt total de travail.
6. Une IRM dorso-lombaire a eu lieu le 19 octobre 2004 et a montré, notamment, un canal rachidien rétréci avec une importante arthrose au niveau des articulaires postérieures, particulièrement prononcée au niveau L5-S1 avec prédominance

gauche ainsi qu'une assez nette compression du cul-de-sac dural pouvant parfaitement rentrer dans le cadre d'un conflit disco-radicaire L5-S1.

7. Le 5 novembre 2004, le Dr C\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a examiné la patiente. Dans un rapport du 8 novembre 2004, il a exposé qu'elle se plaignait de lombalgies depuis plusieurs années et que, depuis la fin septembre 2004, elle présentait une aggravation avec irradiation progressive dans le membre inférieur gauche. Il a mentionné de multiples interventions au pied gauche ayant engendré une certaine boiterie. À l'examen clinique, il a constaté un syndrome vertébral lombaire assez marqué, sans signe de compression radicaire, sans signe de Lasègue et sans déficit sensitif, ni moteur. Il s'est déclaré perplexe devant l'importance de la symptomatologie estimant qu'il pourrait ne s'agir que d'un lumbago avec une discrète irritation radicaire.
8. Des radiographies des pieds ont été pratiquées le 2 décembre 2004 qui ont révélé, principalement, d'une part au pied droit, un status après arthrodèse calcanéocuboïdienne, une importante arthrose astragalo-scaphoïdienne, un pied plat sévère, d'autre part au pied gauche, un status après arthrodèse complète du tarse.
9. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2005, la Dresse B\_\_\_\_\_ a mentionné une incapacité de travail de 75% du 10 au 21 janvier 2005, de 100% du 22 janvier au 20 février 2005, enfin de 75% dès le 21 février 2005. Elle a estimé que la patiente rencontrerait les mêmes problèmes pour tout type de profession.
10. Le 17 mai 2005, l'assurée a présenté une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
11. Dans un rapport du 2 août 2005, la Dresse B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, une arthrose importante des deux pieds, des lombosciatalgies L5/S1 gauche sur canal étroit et arthrose articulaire gauche avec conflit de la racine L5/S1, des douleurs chroniques cervicales et dorsales existant toutes depuis le début 1992, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, une microlithiase vésiculaire, des allergies diverses, un état dépressivo-anxieux réactionnel modéré présents depuis ces dernières années. Elle a mentionné une incapacité de travail fluctuante depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 et une incapacité de travail de 100% depuis le 1<sup>er</sup> juin 2005 en précisant que l'état de santé s'aggravait. Elle a précisé que la patiente se plaignait de douleurs chroniques permanentes suite à de multiples opérations sur les deux pieds, de douleurs lombaires qui s'étaient développées progressivement, de douleurs dorsales et cervicales, d'un état dépressif réactionnel et d'anxiété concernant son avenir. Elle a constaté des déformations des pieds, des contractures lombaires et cervico-dorsales, des sciatalgies à gauche non déficitaires mais très algiques. Elle a estimé que les plaintes correspondaient à la clinique.

12. Le 22 août 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de chaussures sur mesure en raison d'une arthrose aux pieds.
13. Dans un rapport du 23 septembre 2005, le Dr D\_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, a diagnostiqué une maladie de Morton aux pieds gauche et droit présente depuis 1992 ainsi que de multiples opérations antérieures. Il a considéré que l'état de santé était stationnaire. Il a fait état de plaintes moyennes à la marche ainsi que de difficultés de chaussage et a proposé la confection de chaussures orthopédiques adaptées.
14. Par décision du 28 septembre 2005, l'OCAI a accepté la prise en charge de chaussures orthopédiques selon le devis communiqué par l'assurée.
15. Dans l'annexe concernant la réinsertion professionnelle datée du 3 octobre 2005, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité exercée jusqu'ici n'était plus exigible, qu'une éventuelle réinsertion professionnelle semblait impossible actuellement et qu'en raison de douleurs permanentes, on ne pouvait pas exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité.
16. Dans un rapport du 10 mars 2006, le Dr E\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué des lombalgies d'allure mécanique sur troubles dégénératifs (arthrose des articulaires postérieures L5-S1) ainsi que des cervicalgies d'allure mécanique toutes présentes depuis 2003. Il a considéré que l'état de santé était stationnaire et que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales. Il a exposé que la patiente l'avait consulté pour des rachialgies lombaires et cervicales de longue date dont les symptômes d'allure mécanique la gênaient lors des flexions antérieures prolongées de la tête et du tronc ainsi que lors de la marche, sans toutefois se plaindre de claudication. À l'examen clinique, il a constaté une mobilité normale du segment cervical, des contractures musculaires au niveau lombaire, enfin, des symptômes douloureux lors de la palpation des articulaires postérieures en L5-S1. Dans l'annexe au rapport médical concernant la réinsertion professionnelle datée du 12 mars 2006, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente éprouvait des difficultés à garder la position assise prolongée, que l'activité exercée jusqu'ici était encore réalisable à raison de huit heures par jour, qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle exerçât une autre activité et qu'il fallait être particulièrement attentif au changement de posture. Sur la base de sa consultation du 12 octobre 2004, il a estimé que la patiente était en mesure de rester en positions assise et debout pendant deux heures par jour, de parcourir à pied 1000 mètres, de lever, porter ou déplacer des charges d'un poids de dix kilos de façon non répétitive, d'effectuer des mouvements occasionnels des membres ou du dos, mais qu'en revanche, elle ne pouvait pas s'agenouiller, incliner le buste, s'accroupir, se baisser, travailler en hauteur/sur une échelle, se déplacer sur un sol irrégulier ou en pente. Il

a conclu, en tenant compte des limitations existantes, à une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans l'activité chez X\_\_\_\_\_.

17. Dans un certificat de travail du 20 avril 2006, X\_\_\_\_\_ SA a indiqué que les rapports de travail avaient cessé au 14 avril 2006.
18. Le 4 mai 2006, l'assurée a été examinée par les Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, médecins du service médical régional AI (ci-après : SMR), respectivement chirurgien-orthopédiste et psychiatre. Dans leur rapport du 4 août 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies chroniques (M. 54.2), une hernie discale L5-S1 avec arthrose postérieure L5-S1 (M. 54.6), une protrusion discale C3-C4 (M. 51.2), des douleurs chroniques au niveau des deux pieds, un status après arthrodèse sous-astragalienne et médiotarsienne à gauche, un status après arthroplastie selon Brandes des deux gros orteils, un status après mise en place d'une prothèse de l'articulation MP1 à gauche luxée et, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F. 43.21), de l'acné rosacé et un status après pancréatite sur micro-calculs biliaires. Dans leur appréciation consensuelle du cas, les médecins du SMR ont relevé que, durant l'examen, l'assurée avait été très démonstrative et que le traitement antalgique pouvait être largement optimisé. Ils ont exposé que de multiples examens radiologiques avaient mis en évidence des altérations modérées de la colonne vertébrale sous forme d'une discopathie avec protrusion discale C3-C4 et une petite hernie L5-S1 avec de l'arthrose postérieure. Ils ont ajouté que l'examen psychiatrique avait permis de constater une fragilité émotionnelle liée aux douleurs et des difficultés d'adaptation à cette nouvelle condition somatique correspondant à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ils ont considéré que l'assurée devait exercer un travail sédentaire, que de courts déplacements à plat étaient possibles, qu'elle devait éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter et descendre les escaliers ainsi que les pentes, de porter des objets d'un poids supérieur à 10 kilos, de travailler en porte-à-faux ou penchée en avant et qu'elle devait pouvoir alterner la position assise avec la position debout à sa guise. Ils ont retenu une capacité de travail exigible de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.
19. Par projet de décision du 28 août 2006, l'OCAI a estimé que l'assurée ne présentait pas d'invalidité au sens de l'AI et a rejeté la demande de rente.
20. Dans un certificat du 12 septembre 2006, la Dresse H\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a indiqué que l'assurée était en traitement chez elle depuis le mois de juillet 2006 pour un état dépressif réactionnel à ses douleurs incessantes.
21. Dans un courrier du 26 septembre 2006, l'assurée a informé l'OCAI que ses médecins traitants n'étaient pas d'accord avec l'état de santé ainsi qu'avec la capacité

de travail retenus dans le rapport du SMR du 4 août 2006 et qu'ils allaient lui écrire ces prochains jours.

22. Par décision du 2 octobre 2006, l'OCAI a confirmé sa position et a rejeté la demande de rente.
23. Dans un rapport du 20 octobre 2006, la Dresse B \_\_\_\_\_ a relevé que les médecins du SMR n'avaient pas mentionné dans leur rapport la maladie de Morton bilatérale et qu'ils avaient indiqué que les douleurs actuelles n'étaient pas de type mécanique ce qui était peut-être explicable par la présence d'un Morton bilatéral. Elle a également diagnostiqué une importante scoliose dorso-lombaire récemment documentée. Elle a exposé que, même si la pathologie psychiatrique n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail, l'état anxio-dépressif réactionnel allait en s'aggravant avec la permanence des douleurs et l'inquiétude de la patiente concernant sa santé future. Enfin, elle a précisé que c'est durant son activité professionnelle chez X \_\_\_\_\_ que la patiente l'avait le plus consultée pour des symptômes douloureux aigus en se plaignant de la position en porte à faux et penchée en avant pendant plusieurs heures d'affilée ainsi que du port de caisses en montant et descendant les escaliers. Elle a expliqué que plusieurs tentatives d'aménagement du poste tentées par l'employeur n'avaient pas résolu le problème.
24. Dans un rapport du 25 octobre 2006, le Dr D \_\_\_\_\_ a estimé qu'à la lecture de toutes les lésions mentionnées dans le rapport d'expertise, c'était une gageure de considérer que la patiente puisse encore travailler. Il a indiqué que le port de chaussures sur mesure était favorable pour son confort, mais n'améliorait pas ses déplacements au vu des douleurs qu'elle présentait. Il a estimé qu'elle ne pouvait plus travailler.
25. Dans un rapport du 6 novembre 2006, la Dresse I \_\_\_\_\_, rhumatologue, a fait état, notamment, de troubles statiques importants du rachis dorsolombaire sous forme de scoliose, de structure (lombaire à convexité gauche) ainsi que de divers troubles dégénératifs déjà diagnostiqués par les autres médecin. Elle a précisé que l'intensité des douleurs et l'état de fragilité émotionnelle étaient actuellement incompatibles avec un travail.
26. Par écriture du 7 novembre 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut à la révision de la décision de refus de rente en expliquant que l'évolution de sa pathologie ne lui permet plus de gagner sa vie. Elle réclame la mise en œuvre d'une expertise car les médecins du SMR se sont contentés de rédiger un rapport médical. Elle soutient que les informations contenues dans le rapport du SMR sont exactes, mais non exhaustives, et donnent d'elle-même ainsi que de son état santé une image qui ne correspond pas à la réalité. Elle explique qu'elle vit avec des douleurs constantes qui perturbent son sommeil ce qui a pour conséquence un état d'épuisement et une

dépression réactionnelle pour laquelle elle est suivie actuellement par la Dresse H\_\_\_\_\_. Elle précise que la prothèse installée dans son pied droit en 1998 est luxée et a besoin d'une nouvelle intervention chirurgicale ce que le rapport du SMR ne mentionne pas. Elle conteste pouvoir porter des poids de plus de deux kilos et affirme se déplacer avec peine ce qui a provoqué une grande difficulté dans son poste de travail. Elle relève que l'état de ses pieds n'est pas dû à une malformation congénitale mais à un problème d'arthrose et de déformations de ses doigts de pieds. Elle considère que, lors de l'entretien avec les deux médecins du SMR, elle a souffert de douleurs et elle estime que ces dernières ainsi que la fatigue pouvaient se lire sur son visage. Elle indique que les malformations de ses pieds ont des répercussions sur l'ensemble de sa colonne vertébrale et que les médecins du SMR n'ont pas fait mention de la scoliose mise en évidence par la Dresse J\_\_\_\_\_. Enfin, elle expose que si l'IRM révèle des troubles stationnaires entre 2002 et 2004, sa mobilité, ses douleurs et sa résistance se sont dégradées.

27. Dans sa réponse du 21 décembre 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours et a considéré que le rapport du SMR du 4 mai 2006 remplissait tous les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle a relevé que les nouveaux certificats médicaux produits avec le recours n'apportaient pas d'élément nouveau par rapport à ceux connus lors de l'examen réalisé par le SMR.
28. Le 26 février 2007, la recourante a versé à la procédure un rapport du Dr SINNIGER, rhumatologue, daté du 6 février 2007 précisant qu'elle ne pouvait exercer aucune profession nécessitant une position debout et qu'en raison de lombalgies chroniques, la position assise prolongée paraissait également difficile.
29. Le 27 février 2007, le Tribunal a communiqué ce rapport à l'intimé et, sur ce, 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 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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).

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision date du 2 octobre 2006 et a été reçue au plus tôt le lendemain alors que le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA), soit le 4 octobre 2006, et est arrivé à échéance au plus tôt le 2 novembre 2006. La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 n° U 288 p. 444 consid. 2b et les références). La décision du 4 octobre 2006 ayant été notifiée sous pli simple, c'est à l'administration de supporter le risque inhérent à une telle modalité d'envoi. Or, l'intimé n'est pas en mesure d'apporter la preuve de la notification de cette décision de sorte qu'il faut admettre que le recours du 7 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.
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.
6. a) 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).

b) 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.

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

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

7. a) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation

du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

c) 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).

8. La recourante soutient ne pas pouvoir exercer une quelconque activité professionnelle et conteste les conclusions du rapport des médecins du SMR. Quant à l'intimé, il considère que ledit rapport du SMR a pleine valeur probante et que, puisqu'il retient une capacité de travail de 100% tant dans l'activité exercée jusqu'ici que dans une activité adaptée, la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité.

En conséquence, il y a lieu d'examiner si l'intimé était fondé, sur le vu des données médicales réunies au dossier, à admettre une capacité de travail résiduelle de 100% tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée.

9. Dans leur rapport du 4 août 2006, les médecins du SMR ont diagnostiqué, d'une part, avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico-dorso-lombalgies chroniques (M. 54.2), une hernie discale L5-S1 avec arthrose postérieure L5-S1 (M. 54.6), une protrusion discale C3-C4 (M. 51.2), des douleurs chroniques au niveau des deux pieds, un status après arthrodèse sous-astragalienne et

médiotarsienne à gauche, un status après arthroplastie selon Brandes des deux gros orteils, un status après mise en place d'une prothèse de l'articulation MP1 à gauche luxée et, d'autre part sans répercussion sur la capacité de travail, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F. 43.21), de l'acné rosacé et un status après pancréatite sur micro-calculs biliaires. Lors de son examen clinique psychiatrique, le Dr G\_\_\_\_\_ a constaté un sentiment de dévalorisation lié à l'état \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ santé ainsi que des troubles du sommeil caractérisés par de fréquents réveils dus à la douleur. Il a expliqué que le trouble de l'adaptation n'était pas une maladie psychiatrique invalidante. Après examen de l'assurée et de son dossier radiologique, les médecins du SMR ont considéré qu'elle était apte à travailler dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et que le métier de contrôleuse de qualité chez l'ancien employeur était parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles. Ils ont conclu à une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée.

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 de l'anamnèse, du dossier médical ainsi que radiologique. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins du SMR se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et 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.

La recourante dénie cependant au rapport des médecins du SMR une pleine valeur probante, estimant qu'il est incomplet et que les experts donnent d'elle-même et de son état de santé une image qui ne correspond pas à la réalité. Implicitement, la recourante invoque la prévention des experts.

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, 123 V 176 consid. 3d et l'arrêt cité; VSI 2001 p. 109 ss. consid. 3b/ee; RAMA 1999 n° U 332 p. 193 consid. 2a/bb et les références). De plus l'impartialité subjective se présume jusqu'à preuve du contraire, de sorte qu'il ne suffit pas au recourant d'alléguer une prétendue partialité, mais il lui appartient

d'apporter la preuve contraire établissant la prévention effective (cf. ATFA non publié du 16 janvier 2002, I 157/01, consid. 1f).

En l'espèce, la recourante soutient que les experts ont commis des omissions et ont donné des éclairages partiels sur des aspects de sa vie contribuant à donner d'elle-même l'image d'une personne qui a vécu principalement d'assurances sociales et d'inactivité. Contrairement à ce que prétend la recourante, il ne ressort pas du rapport des médecins du SMR que la recourante était oisive et assistée de sorte que le reproche de prévention est infondé, car il ressort des seules impressions de la recourante, sans reposer sur des éléments objectifs.

La recourante allègue également que le rapport des médecins du SMR passe sous silence tant son état d'épuisement et de dépression réactionnelle diagnostiqué par la Dresse H\_\_\_\_\_ que la luxation de sa prothèse au pied droit impliquant une nouvelle opération.

Dans son certificat du 12 septembre 2006, la Dresse H\_\_\_\_\_ diagnostique un état dépressif réactionnel aux douleurs incessantes. Or, les médecins du SMR ont tenu compte des plaintes de la recourante et n'ont pas considéré qu'elle présentait un trouble psychique ayant une incidence sur la capacité de travail, ce qui est d'ailleurs confirmé par le rapport de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 20 octobre 2006 qui précise que, pour le moment, la pathologie psychiatrique n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Or, même s'il fallait admettre le diagnostic posé par la Dresse H\_\_\_\_\_, en appliquant par analogie la pratique en matière de trouble somatoforme douloureux et de fibromyalgie, il ressort que les troubles dépressifs réactionnels ne présentent pas de caractère invalidant (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1; ATFA non publié du 2 mars 2005, I 690/04, consid. 6.1).

Quant à la luxation de la prothèse, contrairement à ce qu'affirme à tort la recourante, les médecins du SMR la mentionnent dans leur rapport puisqu'ils diagnostiquent, notamment, un status après mis en place d'une prothèse de l'articulation MP1 à gauche luxée. De plus, dans leur appréciation consensuelle du cas, ils précisent que les résultats anatomiques et fonctionnels des diverses opérations des pieds sont peu satisfaisants ce qui démontre également qu'ils ont tenu compte de cette séquelle.

La recourante prétend de plus que les médecins du SMR n'ont pas, d'une part, pris en considération sa scoliose et ses douleurs pendant l'examen, d'autre part, apprécié correctement ses limitations fonctionnelles, notamment le port de charges supérieures à deux kilos et ses difficultés de déplacement. Enfin, elle leur reproche d'avoir nié l'aspect mécanique de sa pathologie.

Dans son rapport du 6 novembre 2006, la Dresse I\_\_\_\_\_, a diagnostiqué des troubles statiques importants du rachis dorsolombaire sous forme de scoliose et de structure. Il ressort de ce rapport médical que la rhumatologue a attesté une

incapacité de travail en se fondant essentiellement sur des données subjectives telles que les douleurs invoquées par l'assurée sans préciser dans quelle mesure celles-ci étaient corroborées par les constatations objectives qu'elle avait pu effectuer (cf. ATFA non publiés du 12 juillet 2005, I 366/05 et du 14 septembre 2005, I 808/04, consid. 4.2). En conséquence, son appréciation ne permet pas de remettre en question le rapport des médecins du SMR.

Dans leur rapport du 4 août 2006, les Drs F \_\_\_\_\_ et G \_\_\_\_\_ ont tenu compte des douleurs invoquées par la recourante, puisqu'ils ont précisé que l'assurée se plaignait de douleurs journalières de type lancées au niveau des deux pieds l'empêchant de marcher à plat plus de trente minutes ainsi que de cervico-dorso-lombalgies qui la réveillaient souvent et qui augmentaient d'intensité après une marche de plus de trente minutes. Ils ont ajouté que, selon la recourante, d'une part, les cervicalgies étaient constantes, d'une intensité importante et irradiaient vers l'épaule droite ainsi que vers la face latérale du bras droit, d'autre part, les douleurs dorsales et lombaires étaient continues ainsi qu'importantes avec parfois des sciatalgies à gauche. En réalité, contrairement aux divers médecins traitants, les médecins du SMR ont relativisé l'intensité des douleurs décrites en se fondant sur le résultat des examens auxquels ils ont procédé et sur le dossier radiologique, soit sur des éléments objectifs d'appréciation seuls pertinents (cf. ATFA du 12 juillet 2005, I 366/05).

Quant aux limitations fonctionnelles, en indiquant que la recourante devait exercer un travail sédentaire, mais que de courts déplacements à plat étaient possibles, et qu'elle devait éviter de marcher en terrain irrégulier, de monter et descendre les escaliers ainsi que les pentes, les médecins du SMR ont tenu compte des difficultés de déplacements invoquées par la recourante. Ils ont également considéré qu'elle pouvait porter des objets d'un poids jusqu'à dix kilos ce que la recourante conteste. Le seul autre médecin qui s'est prononcé sur les limitations fonctionnelles est le Dr BARRAZONE, qui, dans son rapport du 10 mars 2006, a admis que la recourante pouvait porter ou déplacer des charges de dix kilos de façon non répétitive. En conséquence, il n'y a pas de divergence entre les divers médecins qui se sont prononcés à ce sujet et aucun médecin ne confirme que la recourante ne pourrait pas porter des charges supérieures à deux kilos de sorte qu'elle ne peut pas contester cette évaluation.

La recourante relève que les médecins du SMR ont nié le caractère mécanique de sa pathologie et conteste également avoir souffert d'une malformation congénitale des pieds. Or, dans leur rapport, les experts mentionnent dans l'anamnèse actuelle générale que, dès l'âge de 20 ans, l'assurée a souffert de douleurs de type mécanique aux deux pieds et qu'actuellement, elle se plaint de douleurs de type lancées. Un peu plus loin, ils précisent que les douleurs ne sont pas de type mécanique. De plus, ces précisions, en tant qu'elles apparaissent dans la rubrique "anamnèse", ressortent des indications données par la recourante auxdits médecins. Au demeurant, le

Tribunal de céans ne voit pas en quoi le type de douleurs, à savoir mécanique ou lancées a une quelconque incidence sur l'appréciation par les médecins du SMR de la capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible de la part de la recourante qui est seule déterminante dans le présent litige. En effet, ce qui importe pour juger du droit aux prestations d'un assuré, c'est la répercussion de l'atteinte à la santé diagnostiquée sur la capacité de travail (art. 4 al. 1 LAI, art. 16 LPG). Seule la réponse à cette question intéresse finalement le juriste dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité; le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire (A\_\_\_\_\_ -BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64, note 93). On rappellera qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 131 V 50 consid. 1.2, 130 V 353 consid. 2.2.3; ATF non publié du 13 mars 2006, I 134/05, consid. 3.2.1.3). Quant à l'origine de l'affection des pieds, les médecins du SMR relèvent qu'elle est inconnue, mais qu'il s'agit probablement de synostose congénitale des arrières pieds. Il ne s'agit pas d'une erreur des experts, mais bien d'une indication donnée par le Dr A\_\_\_\_\_ dans son rapport du 21 décembre 1998 retenant un diagnostic de status après double arthrodèse sous-astragaliennne et médio-tarsienne gauche sur synostose congénitale.

La recourante soutient, enfin, que les experts ont prétendu à tort que le poste de contrôleuse de qualité tenait compte des limitations fonctionnelles énumérées. Elle expose qu'au contraire, dans cette activité, elle devait rester penchée en avant et adopter une position en porte-à-faux pendant plusieurs heures ainsi que porter des caisses en montant et descendant des escaliers. Il est vrai que, dans son rapport du 12 mars 2005, le Dr E\_\_\_\_\_ considère que l'activité d'employée chez X\_\_\_\_\_ ne peut être exercée qu'à 50% en tenant compte des limitations existantes tout en précisant que l'activité exercée jusqu'ici peut être exercée à raison de huit heures par jour. Si, abstraitement, il semble que l'activité de contrôleuse de qualité devrait être adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, la question de savoir si tel est concrètement le cas peut rester non résolue, car, de toute façon, il existe d'autres activités adaptées aux limitations fonctionnelles énumérées par les médecins du SMR.

En définitive, 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 résiduelle raisonnablement exigible entière dans une activité adaptée de sorte 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. La recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise sous prétexte que le SMR a fait un rapport médical et non une expertise.

---

Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, 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 par appréciation anticipée des preuves. Au demeurant, contrairement à ce que prétend à tort la recourante, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

11. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174).

b) En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, qui équivaut normalement à une prestation de travail correspondante. Pour cette raison, la preuve de l'existence de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectivement réalisé est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité et de la preuve de circonstances justifiant de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré (ATF 129 V 222 consid. 4; ATFA non publié du 10 décembre 2001, I 320/01, consid 2b).

c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement

---

exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. (ATF 124 V 321).

12. En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer en 2005 puisque, dans leur rapport du 4 août 2006, les médecins du SMR ont admis une incapacité de travail d'au moins 20% depuis le 1<sup>er</sup> avril 2004 et que l'annonce de la recourante à l'OCAI date du 17 mai 2005.

En l'espèce, la recourante émargeait au personnel de X\_\_\_\_\_ SA jusqu'au 14 avril 2006 et, en 2005, elle avait un revenu annuel de 61'260 fr.

Pour ce qui est du revenu d'invalide, il importe de préciser que la recourante n'a repris aucune activité professionnelle. Dès lors, il faut se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Une activité simple et répétitive dans le secteur privé pour une femme (niveau de qualification 4) donnait droit en 2004 (ESS 2004, Tableau TA1, valeur médiane, tous secteurs confondus, part au 13<sup>ème</sup> salaire comprise) à un revenu de 46'716 fr. ( $3'893 \times 12$ ). De plus, le revenu statistique 2004 doit être adapté, d'une part, à l'horaire de travail de 2005 puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2005 et, d'autre part, à l'augmentation des salaires nominaux en 2005 en appliquant l'indice relatif aux hommes ou aux femmes (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2). L'indice des salaires nominaux pour les femmes a progressé de 1.1% entre 2004 et 2005 (table T1.39) et le temps de travail en 2005 était de 41.6 heures par semaine (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 49'119 fr. 10 ( $46'716 + 1.1\% = 47'229.90 \times 41.6 : 40$ ). Même dans une activité adaptée à savoir sédentaire, la recourante doit éviter certaines tâches telles que le port de charges de plus de dix kilos, monter et descendre les escaliers, les activités ne permettant pas l'alternance des positions assise et debout, la position penchée en avant et le travail en porte-à-faux. En conséquence, elle a droit à une déduction qu'il convient de fixer à 10% en raison tant des limitations liées à son handicap que d'un éventuel plus grand besoin de pauses qu'un travailleur en bonne santé (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En définitive, le revenu d'invalide s'élève à 44'207 fr. 20 ( $49'119.10 - 10\%$  de  $49'119.10$ ). En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité (61'260), on obtient une perte de gain de 17'052 fr.80 ( $61'260 - 44'207.20$ ) correspondant à un taux d'invalidité de 29% ( $17'502.80 : 61'260 \times 100$ ) qui est insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.

Reste la question d'éventuelles mesures d'ordre professionnel. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession, si son invalidité le rend nécessaire et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. Est considéré

comme invalide, au sens de cette disposition, celui qui subit, du fait de ses atteintes à la santé, une perte de gain d'environ 20% (ATF 124 V 108, 110). Pour déterminer si une mesure est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou à favoriser l'usage de la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées qui ne seront pas allouées si, selon toute vraisemblance, elles sont vouées à l'échec (cf. ATF 110 V 101 consid. 2). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible (ATFA du 21 janvier 2004, I 770/02, consid. 4.3).

La recourante s'estime incapable d'exercer toute activité professionnelle, ce qui démontre que de telles mesures, pour autant qu'elles se justifient, seraient - en l'état - sans doute vouées à l'échec. En conséquence, le coût d'une mesure de reclassement professionnel serait disproportionné par rapport aux chances limitées de succès d'une telle mesure dans le cas d'espèce (cf. ATFA du 16 septembre 2003, I 657/02, consid. 6.2 et du 22 août 2002, I 440/01, consid. 3).

13. Mal fondé, le recours est rejeté.
14. En vertu de l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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