

EN FAIT

1. Madame P_____, de nationalité suisse, née le 1957 au Portugal, mère d'un enfant, est sans formation professionnelle. Arrivée en Suisse en 1981, elle a travaillé à partir de 1989 comme femme de ménage auprès de particuliers et de différentes sociétés. En 2001 et 2002, elle effectuait 55 heures de travail par semaine pour un montant annuel de 54'600.- fr.
2. L'assurée présente depuis l'adolescence un syndrome du défilé thoracique bilatéral, opéré à gauche à l'âge de 20 ans.
3. Selon un rapport établi en date du 6 mai 1998 par la Dresse A_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et chirurgie de la main, l'assurée souffre depuis toujours de paresthésies lorsqu'elle doit travailler les bras en l'air. Cette symptomatologie n'a que peu changé au cours des années, en tout cas du côté droit. Elle a peut-être même été aggravée par l'intervention qui a été pratiquée du côté gauche : depuis lors, la patiente n'a plus pu dormir sur le côté, qu'il s'agisse du gauche ou du droit. La journée, ses deux bras lui paraissent fréquemment lourds et fatigués. Selon la Dresse A_____, les plaintes de sa patiente étaient tout à fait précises et reproductibles et très probablement en relation avec la côte cervicale. Le médecin a émis l'opinion que s'il existait une pathologie fonctionnelle surajoutée, celle-ci n'avait qu'une importance relative. Une résection de la côte cervicale était recommandée.
4. Il résulte du rapport établi le 7 août 2002 par le Dr B_____, neurologue FMH, que la symptomatologie liée à la côte cervicale bilatérale, en partie réséquée à gauche, s'est lentement aggravée et, qu'au plan neurographique deux anomalies sont apparues en ce sens. Il a proposé une nouvelle évaluation vasculaire et préconisé de demander un nouvel avis à la Dresse A_____.
5. A compter du 11 septembre 2002, l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler.
6. Dans son rapport du 7 octobre 2002, le Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a constaté la persistance du syndrome du défilé thoracique, sans répercussion permanente sur les axes vasculaires. Avant d'envisager une éventuelle reprise chirurgicale, il a proposé une physiothérapie spécifique, à intégrer dans un contexte de lombalgies également.
7. Selon le Dr D_____, médecin traitant de l'assurée, spécialiste FMH en médecine interne, l'incapacité de travail totale depuis le 11 septembre 2002 de l'assurée se justifiait en raison d'une arthrose cervicale sévère, traitée par de la physiothérapie et de la médication.

8. Le 13 janvier 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle et/ou d'une rente.
9. Dans son rapport daté du 28 janvier 2003, le Dr D_____ a indiqué suivre l'assurée depuis juin 1993. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient les suivants : syndrome du défilé thoracique bilatéral, résection d'une côte cervicale gauche à 20 ans avec un succès modeste, présence d'une côte cervicale également à droite, développement depuis quelques mois de douleurs vertébrales surajoutées, liées à de l'arthrose. Selon le Dr D_____, l'incapacité de travail de sa patiente était totale et définitive depuis le 12 septembre 2002; son état de santé allait en s'aggravant; sa capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

Le médecin a en outre expliqué que, depuis plusieurs mois, l'assurée dormait très mal et n'avait qu'une seule position pour limiter son syndrome cervico-brachial droit douloureux, douloureux également du côté gauche.

En 1994, il avait également noté des lombalgies liées à une sacralisation de L5 ainsi que des tensions musculaires de la région de la nuque dues aux mauvaises nuits et à l'apparition d'une arthrose cervicale.

En 1997, une périarthrite des deux épaules s'y était ajoutée.

En 2001, étaient au surplus apparues des douleurs polyarticulaires, sans signes d'atteintes rhumatoïdes, probablement liées à de l'arthrose au niveau des doigts, des mains, de la nuque, de la colonne dorsale, lombaire, genoux et chevilles.

Le médecin a indiqué que la physiothérapie et les antidouleurs soulageaient un peu l'assurée. Le diagnostic différentiel était entre une arthrose (vérifiée radiologiquement au niveau de la nuque) et une fibromyalgie, moins probable. S'y ajoutait le syndrome de défilé thoracique bilatéral. En 2001, il avait constaté une tendinite de la hanche gauche, démontrée par ultrasonographie. Il a précisé que la patiente se limitait alors à son activité domestique et à faire en trois heures ce qui pouvait l'être en une seule. Elle ne pouvait plus faire de travaux de ménage rémunérés.

10. Dans un rapport ultérieur daté du 13 février 2003, le Dr D_____ a confirmé que l'activité de femme de ménage était devenue trop pénible pour sa patiente et que l'on ne pouvait exiger d'elle qu'elle exerce une autre activité, étant précisé que sa patiente pouvait tout juste assurer le maintien de son propre ménage. Aucune mesure ne pouvait améliorer sa capacité de travail dans son activité habituelle. Selon le médecin, l'assurée pouvait certes s'agenouiller et incliner le buste en avant mais pas de façon prolongée; son fonctionnement intellectuel était normal; aucun

environnement n'était à éviter; la patiente pouvait en outre se baisser, se déplacer sur sol irrégulier ou en pente; l'alternance des positions assis/debout et la possibilité de marcher a été recommandée. Le médecin s'est dit dans l'incapacité d'évaluer les autres capacités fonctionnelles de sa patiente mais a estimé qu'une éventuelle reprise de travail n'était pas envisageable.

11. En dates des 17 mars et 14 avril 2003, le Dr D_____ a confirmé que l'intéressée ne pouvait plus exercer son activité habituelle, qu'elle faisait son propre ménage, mais au ralenti. Les diagnostics motivant l'incapacité de travail étaient alors une tendinite du poignet droit, une arthrose cervicale sévère ainsi qu'un status après ablation d'une côte cervicale en 1977.
12. En date du 2 septembre 2003, le Dr. E_____, médecin auprès du Service médical romand du Léman (ci-après SMR), après avoir résumé les rapports médicaux au dossier, a relevé que le Dr B_____ avait, dans son rapport du 7 août 2002, proposé une nouvelle évaluation vasculaire et un nouvel avis auprès de la Dresse A_____, ce qui ne semblait pas avoir été fait. Le Dr E_____ a requis par conséquent des Drs F_____ et A_____ qu'ils examinent l'assurée. Le Dr B_____ devait notamment préciser si la pathologie dégénérative C4-C5-C6 avait des retentissements neurologiques objectivables. Par ailleurs, ce spécialiste ainsi que la Dresse A_____ devaient se prononcer sur la capacité résiduelle de l'assurée et ses limitations fonctionnelles.
13. En date du 17 septembre 2003, le Dr. G_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a établi un rapport à la demande du médecin traitant de l'assurée. Il en découle que lors de la consultation du 12 août 2003, l'assurée se plaignait de douleurs aux mains, surtout à droite, ainsi qu'au poignet droit, de douleurs cervicales, de difficultés de sommeil, de fatigue matinale, d'un état de déprime traité par Seropram et de lombalgies chroniques récemment en augmentation.

Le Dr G_____ a retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un syndrome du défilé thoracique droit, des cervicalgies chroniques, des ténosynovites des fléchisseurs des doigts et de Quervain, un état de fatigue, des insomnies et une dépression. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : un status post-résection côte cervicale gauche et des lombalgies chroniques.

Il a conclu que l'incapacité de travail à 100% semblait évidente. L'assurée souffrait de douleurs intenses multiples avec un fort retentissement sur sa santé générale (fatigue, insomnie et déprime). Le syndrome du défilé thoracique restait sans solution. Les ténosynovites palmaires et les lombalgies pouvaient être améliorées, mais pas dans un avenir proche. Selon lui, vu l'importance des symptômes en relation avec l'effort physique des membres supérieurs, il était difficile d'imaginer

un travail qui pourrait épargner l'assurée, sans scolarité avancée et sans formation professionnelle. A son avis, il n'était pas très utile d'engager l'assurée dans une réadaptation professionnelle.

14. Dans son rapport du 23 octobre 2003, la Dresse A_____ a considéré que seules les brachialgies bilatérales prédominant à droite avaient une répercussion sur la capacité de travail de l'intéressée. Tel n'était en revanche pas le cas pour la côte cervicale à droite, le status après ablation d'une côte cervicale à gauche ainsi que la cervicarthrose prédominant dans l'espace C5-C6. Un examen médical complémentaire était cependant nécessaire.

La Dresse A_____ a indiqué avoir revu la patiente en juin 2003, à la demande du médecin traitant, pour donner son avis quant à la capacité de travail; le médecin traitant admettait alors une incapacité de travail totale alors que deux experts, les Drs H_____ et I_____, avaient retenu une capacité résiduelle de 50%.

La Dresse A_____ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs des deux membres supérieurs dont l'origine n'était pas claire. Il n'y avait pas de pathologie sur l'axe veineux. L'examen neurologique montrait des anomalies liées à la présence de la côte cervicale. La Dresse A_____ a précisé qu'en principe les côtes cervicales n'entraînent pas de douleurs des épaules. Elles sont indolores, sauf si elles ont été opérées et qu'il y a des douleurs post-opératoires. Par contre, elles entraînent progressivement une atrophie de la musculature intrinsèque de la main, indolore. Les troubles neurologiques objectivés par le Dr B_____ étaient en relation avec cette côte cervicale et d'ici quelques années, la patiente présenterait une atrophie de la musculature intrinsèque. Une intervention chirurgicale ne modifierait pas, avec une grande vraisemblance, les plaintes fonctionnelles, telles que la lourdeur des bras, les fourmillements, etc.

La Dresse A_____ a également relevé que les côtes avaient été présentes depuis toujours, que cela n'avait pas empêché l'assurée de travailler, que l'aggravation progressive n'était pas liée à une augmentation du volume de la côte ou à une compression augmentée et que les plaintes concernaient la totalité du membre supérieur et non pas strictement la musculature intrinsèque de la main. Selon elle, l'approche devait plutôt être conservatrice, associant relaxants, antidépresseurs et physiothérapie.

S'agissant des capacités professionnelles de l'assurée, la Dresse A_____ a indiqué qu'elle ne la connaissait pas suffisamment pour répondre aux questions posées par l'OCAI. Elle a cependant relevé une discordance entre les éléments objectifs et l'importance de l'incapacité de travail. Elle a proposé que l'assurée soit soumise à une expertise pluridisciplinaire pour évaluer au mieux sa capacité résiduelle.

La Dresse A_____ a conclu qu'en tout état de cause, elle était plus proche de l'avis des Drs H_____ et I_____, qui retenaient une capacité de 50%, que de celui du Dr D_____, lequel admettait une incapacité totale.

15. Dans son rapport du 27 octobre 2003, le Dr B_____ a rappelé avoir examiné en 1995, 1998 et 2002 l'assurée, qui souffrait d'un syndrome du défilé thoracique bilatéral lié à une côte cervicale dont la gauche avait été réséquée au Portugal avec des résultats jugés peu satisfaisants puisqu'il persistait une symptomatologie au membre supérieur gauche ainsi qu'une gêne lors de certaines postures, notamment pendant le sommeil. Il a précisé que l'évolution de la symptomatologie et sa description avaient été suffisamment claires et précises jusqu'en 1998. En 2002, la symptomatologie au membre supérieur restait compatible avec le diagnostic posé. Cependant, s'y ajoutaient une symptomatologie douloureuse au poignet droit ainsi que des douleurs épisodiques au niveau du cou qui lui paraissaient peu classiques. Il les considérait cependant comme une extension possible du syndrome du défilé thoracique.

Lors de la consultation du 23 octobre 2003, l'assurée s'était plainte d'une symptomatologie multifocale, intéressant toutes les extrémités et le rachis, croissante, essentiellement douloureuse, souvent très subjective. Après avoir résumé le rapport du scanner pratiqué en juillet 2003 qui avait révélé l'existence d'une discarthrose importante en C5-C6 avec possible contact sur la moelle à ce niveau, le Dr B_____ a indiqué qu'à l'examen clinique, la patiente n'apparaissait jamais algique, ses mouvements restant harmonieux. Il a retenu également une symptomatologie liée à une réduction du pouls radial lors des manœuvres spécifiques à la recherche d'un syndrome du défilé thoracique ainsi que des réflexes particulièrement vifs aux quatre extrémités. Il n'a pas estimé nécessaire d'effectuer un examen neurophysiologique.

Il a conclu que les plaintes de l'assurée étaient à tel point polymorphes, peu spécifiques, dépourvues de toute concordance clinique qu'elles rendaient impossible l'établissement d'un schéma syndromique. Parmi les plaintes, certaines étaient compatibles avec le syndrome du défilé thoracique (par exemple les fourmillements, l'impression de lourdeur, de poids, de faiblesse des membres supérieurs plus particulièrement lors de certaines tâches). En ce qui concernait la vivacité des réflexes, cette dernière pouvait entrer très éventuellement dans le cadre d'une souffrance médullaire liée à la discopathie C5-C6, mais cela restait hypothétique dès lors qu'il n'y avait pas de signes pyramidaux plus francs, pas d'aréflexie d'ordre radiculaire ni de plainte anamnestique.

Le Dr B_____ a dit comprendre l'avis de la Dresse A_____ qui ne voulait plus entrer en matière dans une éventuelle indication opératoire. Une telle intervention n'aurait aucune chance d'aboutir, vu les dispositions générales de la patiente. Tel était, selon lui, également le cas pour un éventuel contrôle

neurophysiologique: il fallait vraiment que ce syndrome s'aggrave très fortement pour tenter de recentrer la symptomatologie sur ce problème et espérer une amélioration après une intervention. Il a précisé que la question de savoir comment l'assurée était arrivée à présenter un pareil tableau restait obscure à ses yeux et il n'a pas caché sa totale incompréhension face à son problème. Il ne se voyait donc pas habilité à transiger sur la capacité de travail de l'intéressée, tout en précisant à cet égard qu'il ne suivait pas les conclusions auxquelles était parvenu le Dr G_____.

16. En date du 23 décembre 2003, le Dr D_____ a confirmé les diagnostics de syndrome du défilé thoracique droit, cervicalgie chronique, tenosynovite des fléchisseurs des doigts et de Quervain, état de fatigue, insomnie et dépression. Il a émis un pronostic réservé quant à la capacité de travail de sa patiente.
17. Dans son avis du 16 février 2004, le Dr E_____, du SMR Léman, s'est dit surpris des conclusions auxquelles était parvenu le Dr G_____ dans son rapport du 17 septembre 2003, à savoir une incapacité de travail totale pour des raisons médicales et non médicales. Il a fait remarquer que l'assurée avait tout de même travaillé 55 heures par semaine pendant 2 ans et que, par ailleurs, les limitations fonctionnelles objectives étaient fort modestes. Enfin, le Dr E_____ a souligné que le Dr G_____ parlait de dépression mais sans l'étayer. En définitive, le Dr E_____ a préconisé la mise en place d'un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.
18. Dans un rapport du 5 mai 2004, le Dr D_____ a expliqué que sa patiente souffrait depuis de nombreuses années de problèmes rhumatologiques, lesquels avaient débuté par un syndrome du défilé thoracique; la situation n'avait jamais été bonne malgré l'opération en 1976; le médecin a répété que, depuis plusieurs mois, des douleurs polyarticulaires étaient apparues, sans substrat anatomique bien clair, ce qui permettait d'évoquer un trouble somatoforme ou une fibromyalgie.
19. Le 24 janvier 2005, l'assurée a été examinée par les Drs J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et K_____, spécialiste FMH en psychiatrie, auprès du SMR Léman.

Il résulte de leur rapport, daté du 31 janvier 2005, que l'assurée se plaignait de douleurs permanentes, diurnes et nocturnes, qui s'étendaient à tout l'organisme et notamment à l'épaule gauche. Lorsque ces douleurs étaient trop importantes, elles provoquaient même des nausées. L'assurée effectuait quotidiennement des courses et préparait les repas. Sa vie sociale était riche, l'assurée étant liée à une voisine et fréquentant plusieurs amis. Le status vasculaire était compatible avec un syndrome du défilé thoracique bilatéral. Le status neurologique frappait par une espèce "d'hémisindrome sensitif gauche" ne respectant aucun dermatome, avec même une anesthésie qualifiée de presque complète de tout le membre supérieur gauche. Il n'y

avait cependant notamment pas d'anomalie des réflexes, pas de signes pyramidaux. Ceci permettait d'affirmer que l'on avait affaire à un trouble fonctionnel de la sensibilité.

Au status ostéoarticulaire, il y avait des troubles tout à fait discrets de la statique vertébrale, une limitation tout à fait discrète du rachis cervical et dorso-lombaire, en revanche, aucune anomalie au niveau des tendons notamment au niveau des mains et aucune limitation de mouvement. Il était constaté uniquement de multiples douleurs insertionnelles aux sites dits classiques de la fibromyalgie. Même si le syndrome du défilé thoracique n'était pas contestable, les plaintes énoncées par l'assurée débordaient largement de ce qui pouvait être attesté objectivement. Le tableau symptomatique présenté correspondait à une fibromyalgie.

Les médecins ont indiqué n'avoir pas trouvé d'argument en faveur d'une ténosynovite de De Quervain, ni en faveur de ténosynovites des fléchisseurs des doigts - contrairement au Dr G_____.

En outre, contrairement à ce qu'avait également constaté le Dr G_____, ils ont mis en évidence des douleurs touchant la totalité des sites dits classiques de la fibromyalgie. La longueur de l'évolution et la normalité objective du status clinique permettait d'exclure l'existence d'un rhumatisme inflammatoire quelconque. Au plan somatique, ils étaient confronté à un tableau douloureux chronique extrêmement protéiforme, alors que les constatations objectives étaient pauvres. Dans une optique objective de la situation, le respect de limitations fonctionnelles respectueuses des atteintes objectivement et dûment documentées permettait de définir une activité professionnelle exigible.

Les examinateurs ont indiqué que, bien que les douleurs soient essentiellement axées sur les membres supérieurs, ceux-ci étaient en motricité constante, les mains et les doigts toujours en mouvement. Les gestes étaient harmonieux et ne montraient pas d'asymétrie. La thymie était souriante, enjouée. Du point de vue psychiatrique, la gestuelle était en contradiction complète avec le contenu du discours. La discordance entre le contenu du discours et la présentation clinique était frappante. Ainsi, l'assurée disait qu'elle ne pouvait pas enfiler ses bas, tout en exécutant le geste. La fatigue, qui avait été généreusement abordée durant l'entretien, n'avait absolument pas pu être objectivée, malgré une durée totale des examens sur plus de trois heures. L'assurée n'avait pas été dérangée par cette antinomie : il s'agissait d'un processus inconscient caractérisé par une perte partielle des fonctions normales d'intégration de la conscience de l'identité et du contrôle des mouvements corporels. Cela correspondait à un mécanisme mis en place pour échapper à des problèmes insolubles ou insupportables décrits sous le terme de troubles dissociatifs (CIM-10). Il n'y avait pas d'isolement social, pas de comorbidité psychiatrique et l'assurée démontrait une opposition vis-à-vis des

traitements conformes aux règles de l'art. La présentation clinique se faisait sur un mode ludique.

Les examinateurs ont précisé que dans son rapport du 27 octobre 2003, le Dr B_____ avait bien illustré cette impression lorsqu'il faisait mention des plaintes à ce point polymorphes, peu spécifiques, dégagées de toute concordance clinique qu'il était impossible d'en dégager un schéma syndromique. Selon eux, les plaintes n'étaient pas médicales mais correspondaient à une emprise relationnelle liant l'assurée à son fils et à son mari. Le seul espoir pour débloquer la situation serait que l'assurée trouve une activité professionnelle qui puisse respecter les limitations fonctionnelles décrites par l'examen rhumatologique et échapper à ce mode relationnel.

En conclusion, l'assurée ne souffrait pas d'une maladie psychiatrique portant atteinte à sa capacité de travail. Les diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail étaient: un syndrome du défilé thoracique bilatéral (G 54.0) - status après résection de la 1^{ère} côte à gauche - et des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires étagés. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient : une fibromyalgie, des métatarsalgies bilatérales prédominant à gauche dans le cadre de troubles statiques plantaires et un trouble dissociatif (F44).

Les examinateurs ont retenu les limitations fonctionnelles somatiques suivantes : pas de travail sollicitant les membres supérieurs à plus de 45° de flexion et d'abduction au niveau des épaules, ni de travail imposant le déploiement de force avec les membres supérieurs, notamment les mains, pas de travail imposant le maintien permanent de la tête dans la position immobile, nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg.

Selon eux, depuis septembre 2002, la capacité de travail de l'assurée était complète dans une activité adaptée. Au vu des atteintes somatiques objectives, l'activité habituelle de femme de ménage n'était exigible qu'à 30%.

20. Dans un avis daté du 8 février 2005, le Dr E_____ a rejoint les conclusions des Drs Jacques-Antoine J_____ et K_____.
21. En date du 31 mars 2005, l'assurée a eu un entretien auprès de la Division de réadaptation professionnelle de l'OCAI afin d'examiner l'opportunité de mesures professionnelles. Il résulte du rapport de ladite division daté du 10 août 2005 que l'assurée a contesté pouvoir travailler à plein temps dans une activité adaptée, raison pour laquelle l'OCAI a renoncé à des mesures professionnelles et a procédé à l'évaluation théorique du degré d'invalidité. Pour ce faire, il a comparé le revenu que l'assurée aurait pu réaliser sans invalidité en 2003 (55'200.- fr.) à celui qu'elle

aurait pu obtenir dans une activité adaptée (41'292 fr. 15). Il a ainsi abouti à un degré d'invalidité de 25%, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

22. Par décision datée du 6 septembre 2005, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente ainsi qu'à des mesures de réadaptation.
23. Le 7 octobre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a conclu à l'annulation de la décision en tant qu'elle lui refusait l'octroi d'une rente, à la constatation que son incapacité de travail était totale ainsi qu'au versement d'une rente entière d'invalidité.

A l'appui de ses dires, l'assurée a produit notamment la copie d'un jugement rendu par le Tribunal administratif le 5 août 2004 dans le cadre d'une procédure l'opposant à son assureur perte de gain maladie. Cet arrêt avait retenu, sur la base de l'expertise du Dr G_____ et des rapports du Dr D_____, une incapacité de travail totale. Selon l'assurée, cet arrêt permettait de constater que les avis des Drs G_____ et D_____ étaient parfaitement fiables pour déterminer son taux d'invalidité et ne pouvaient être écartés. De plus, elle a rappelé que, selon le Dr G_____, compte tenu de son âge, de l'absence de formation professionnelle et de scolarité avancée, il n'existait pas de travail adéquat pour elle.

Elle a également produit un rapport daté du 22 avril 2005 suite à une échographie du pied gauche effectuée par le Dr L_____, radiologue FMH, lequel avait constaté une déformation de l'arche plantaire antérieure réalisant un névrome et une bursite plantaire chronique. L'assurée a expliqué que ce rapport démontrait l'aggravation de son état de santé. Selon elle, au vu de ses maux, de ses limitations fonctionnelles somatiques et de son absence de formation, toute reconversion professionnelle est impossible. Elle a relevé que ni le SMR ni l'OCAI n'avaient d'ailleurs donné d'indication sur les éventuelles activités qui seraient adaptées à son état. Elle a ajouté que, compte tenu de la durée de son inactivité, une hypothétique reprise d'activité professionnelle ne pouvait être envisagée sans une importante mesure de réinsertion et de réadaptation. Enfin, elle a allégué que le calcul du degré d'invalidité était injustifié étant donné l'absence d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles constatées.

24. Entre-temps, par décision du 24 novembre 2005, l'Office cantonal de l'emploi a déclaré l'assurée inapte au placement dès le 23 septembre 2005, en raison de son état de santé et du fait qu'elle ne s'estimait pas en mesure de travailler.
25. Par décision sur opposition du 10 janvier 2006, l'OCAI a confirmé sa décision de refus de prestations. Il a retenu que le rapport d'expertise bidisciplinaire du 31 janvier 2005 du SMR constituait le document le plus étayé sur l'état de santé global de l'assurée, que Dr G_____ s'était quant à lui essentiellement basé sur les plaintes de sa patiente, sans autres examens complémentaires ni diagnostics précis en lien avec des substrats organiques objectifs, que son appréciation était d'ailleurs

remise en question par les Drs B_____ et A_____, que le SMR avait tenu compte de l'atteinte au pied gauche invoquée par l'assurée dans son opposition puisque le diagnostic de métatarsalgies bilatérales prédominant à gauche dans le cadre de troubles statiques plantaires avait été posé, étant précisé qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail et qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée ne pouvait donc pas être retenue.

Quant au jugement rendu par le Tribunal administratif, l'OCAI a fait remarquer qu'il ne pouvait influencer sa décision dans la mesure où les critères en matière d'assurance-invalidité n'étaient pas identiques à ceux applicables à l'assurance perte de gain maladie.

L'OCAI a donc confirmé que le degré d'invalidité devait être évalué à 25%, étant précisé que pouvaient être considérées comme des activités adaptées : les professions dans les secteurs de la surveillance ou du controlling, de la vente légère ou de l'accueil et réception de clientèle.

Enfin, l'OCAI a constaté que des mesures de réadaptation ne se justifiaient pas vu la conviction qu'avait l'assurée de ne plus être apte à exercer quelque activité que ce soit. Cela étant, il a ajouté que si l'assurée venait à démontrer une motivation réelle pour la reprise d'une activité professionnelle, elle pourrait solliciter le soutien de son service de réadaptation professionnelle.

26. Par écriture du 10 février 2006, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition de l'OCAI et conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 13 janvier 2003.

Selon elle, les conclusions du Dr G_____, fondées sur un examen clinique complet, fouillé et objectif, ne peuvent être écartées, de même que celles des Drs D_____ et L_____ ; l'avis des médecins du SMR, mandatés par l'OCAI, ne devrait pas l'emporter sur celui du médecin traitant. Elle relève que les médecins du SMR ont considéré que l'atteinte au pied gauche n'avait pas de répercussion sur sa capacité de travail alors qu'ils ont constaté que les douleurs avaient un impact sur sa capacité à marcher et à rester en position debout. Elle a rappelé que le Tribunal administratif, dans son arrêt du 5 août 2004, s'est basé sur les avis des Drs G_____ et D_____ et en tire la conclusion que ceux-ci sont déterminants pour évaluer son degré d'invalidité, d'autant que son état de santé s'est péjoré depuis cette date.

Elle fait valoir qu'il n'existe pas d'activité adaptée à ses maux, à ses limitations fonctionnelles somatiques et à son absence de formation, que toute reconversion est donc impossible, que les activités proposées par l'OCAI ne sont pas adéquates, qu'en effet, il est exclu qu'elle puisse envisager un travail de surveillance, de vente ou de réception avec une mobilité fortement réduite des bras et de la tête et l'incapacité dans laquelle elle est de rester debout ou assise pendant plus d'une

heure. Selon elle, une hypothétique reprise d'une activité professionnelle ne peut donc être envisagée sans une importante mesure de réinsertion et de réadaptation.

Quant au salaire avec invalidité, elle soutient que l'OCAI aurait dû se renseigner auprès de différentes entreprises pour savoir notamment quel était le gain réalisable et la formation exigée.

27. Dans sa réponse du 22 février 2006, l'intimé a conclu au rejet du recours.
28. Par courrier daté du 21 mars 2006, la recourante a persisté dans ses conclusions.
29. A la demande du Tribunal de céans, le Dr D_____ a, par courrier du 25 octobre 2006, transmis une copie des rapports établis par les Drs M_____ (4 mars 2003), I_____ (25 avril 2003) et A_____ (16 juin 2003).

- Le 4 mars 2003, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé le diagnostic de syndrome du défilé thoracique, plus marqué à gauche qu'à droite, s'accompagnant depuis quelques années d'une souffrance neurologique aussi bien sensitive que motrice sur le thémar. En ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée, il a estimé que, sans aucun doute, l'atteinte interférait avec l'activité de femme de ménage; qu'en revanche, une capacité de travail était exigible dans la plupart des travaux effectués avec les membres supérieurs en position basse, certains travaux ménagers, activité de caissière par exemple; que tel n'était cependant pas le cas pour les travaux effectués les bras surélevés (nettoyage de vitres) ou impliquant le port de lourdes charges. Selon ce médecin, en l'absence d'une intervention de décompression, une incapacité de travail de 50% paraissait justifiée.

- Le 25 avril 2003, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un probable syndrome douloureux somatoforme persistant (la patiente ne répondant pas tout à fait aux critères diagnostiques de la fibromyalgie tels qu'ils ont été décrits par Smythe et admis par l'American College of Rheumatology [directives de 1990]), une tendinite de l'avant-bras droit et des troubles dégénératifs et statiques de la colonne cervicale. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné un status après résection d'une côte cervicale gauche pour syndrome du défilé thoracique, la persistance d'une côte cervicale droite et d'un syndrome du défilé thoracique droit modéré. Selon le Dr I_____, il était évident que l'activité de femme de ménage ou de nettoyeuse ne pouvait pas être exercée; il était important d'envisager une réadaptation professionnelle chez cette patiente encore jeune et dont l'arrêt de travail n'avait en rien amélioré sa situation douloureuse. Une activité de manutention légère, n'impliquant pas

d'élévation des membres supérieurs pouvait être envisagée. Il lui semblait peu probable qu'une capacité de travail dépassant 50% puisse être retrouvée.

- Dans son rapport du 16 juin 2003, la Dresse A_____ a indiqué qu'outre les douleurs liées à l'intervention de la côte cervicale gauche, l'assurée avait développé des douleurs des deux membres supérieurs assez mal systématisées, dont l'origine restait peu claire. Selon elle, les plaintes de l'assurée n'étaient pas, avec la plus grande probabilité, en relation avec les côtes cervicales, mais plutôt avec un état de type fibromyalgique. Les côtes cervicales ne justifiaient pas d'arrêt de travail. Elle ne s'estimait pas compétente pour juger de l'arrêt de travail lié à la fibromyalgie ou à une très éventuelle atteinte radiculaire mais, quoiqu'il en soit, objectivement et compte tenu du status, une capacité de 50% devait au moins être admise.

30. Après avoir reçu une copie de ces rapports médicaux, les parties ont été entendues par le Tribunal de céans en comparution personnelle le 2 novembre 2006. La recourante a expliqué notamment que la mise en œuvre d'éventuelles mesures professionnelles lui semblait très difficile dans la mesure où les douleurs importantes qu'elle éprouvait au niveau des mains, des hanches, des pieds et des bras lui rendaient tout mouvement extrêmement pénible. Par ailleurs, elle ne pouvait absolument pas tourner la tête. La moindre activité lui demandait beaucoup d'efforts et les douleurs lui interdisaient même de répondre au téléphone et de lire le journal. Elle a souligné que ce n'était pas qu'elle ne souhaitait pas travailler, mais qu'elle ne voyait pas quelle activité elle pourrait exercer. Aucune activité continue n'était envisageable étant donné qu'elle devait alterner les positions très fréquemment. Même la position assise était difficile à conserver plus de quelques minutes. En outre, elle ne maîtrisait pas le français écrit.
31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} 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'art. 56

de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1; 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, la décision querellée, datée du 10 janvier 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations, qui prendrait naissance au plus tôt en septembre 2003 (art. 29 al. 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références), doit être examiné au regard des dispositions légales en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

Toutefois, il convient d'ajouter que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, d'invalidité et de la méthode de comparaison des revenus contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée 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).

Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1^{er} janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Par ailleurs, le présent cas n'est pas soumis à la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant notamment des modifications relatives à la

procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA), dès lors que le recours a été formé avant le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable en vertu des art. 56 ss LPGA.
5. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (ATF 131 V 49 consid. 1.2). 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).
7. a) 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).

b) 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).

8. a) En l'état actuel des connaissances, le Tribunal fédéral des assurances a récemment décidé qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (cf. ATFA du 8 février 2006 prévu pour la publication, I 336/04, consid. 4.1). Il a relevé que ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; pour la définition du trouble somatoforme douloureux, cf. F 45.4 CIM-10), raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux.

b) En règle générale, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (cf. ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption selon laquelle ceux-ci ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Au regard de ce qui précède, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (cf. ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.2.1).

c) Cependant, le Tribunal fédéral des assurances a reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354, 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie. A cet égard, on retiendra la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (en matière de troubles somatoformes douloureux, cf. ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état

psychique cristallisé 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). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une 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, de 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; cf. ATFA non publié du 8 février 2006, I 336/04, consid. 4.2.2).

d) 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. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (cf. aussi P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss).

e) Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent certes une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux et, par analogie, à la fibromyalgie. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a;

VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

9. a) En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, 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 pour autant 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. Dans sa décision sur opposition litigieuse, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre la recourante lui permettent d'exercer une activité adaptée à plein temps. Il se fonde pour cela sur les conclusions du rapport des Drs J _____ et K _____ du 31 janvier 2005. Pour sa part, la recourante soutient que ses atteintes à la santé provoquent une incapacité de travail totale dans toute activité. La thèse de la recourante repose sur les rapports médicaux des Drs D _____, G _____ et L _____.

En l'espèce, le Dr J _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et le Dr K _____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont conclu qu'en raison du syndrome du défilé thoracique bilatéral et des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires étagés, la recourante présente des limitations fonctionnelles. Ils ont également diagnostiqué des atteintes à la santé qui n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail, à savoir une fibromyalgie, un trouble dissociatif (F44) ainsi que des métatarsalgies bilatérales prédominant à gauche dans le cadre de troubles statiques plantaires. Compte tenu des problèmes somatiques objectifs, l'activité de femme de ménage n'est plus exigible qu'à 30%. Néanmoins, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, et ce dès septembre 2002.

Le rapport d'examen bidisciplinaire se fonde sur une anamnèse générale, familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, un examen de la recourante, un entretien avec cette dernière ainsi que sur les plaintes qu'elle a exprimées, enfin sur le dossier radiologique. Il tient compte des appréciations des Drs G _____ et B _____. Il a donc été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les examinateurs se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé depuis le début de l'incapacité de travail ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que le rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de leurs conclusions. A cet égard, le Tribunal de céans constate d'ores et déjà qu'à l'exception des Drs G _____ et D _____, tous les médecins qui ont examiné la recourante ont retenu qu'une capacité de travail résiduelle subsistait, à savoir les Drs M _____ (rapport du 4 mars 2003), I _____ (rapport du 25 avril 2003), A _____ (rapport du 16 juin et 23 octobre 2003) et B _____ (rapport du 27 octobre 2003).

a) Le Dr G _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a posé dans son rapport du 17 septembre 2003, les diagnostics de syndrome du défilé thoracique droit, des cervicalgies chroniques, des ténosynovites des fléchisseurs des doigts et de Quervain, un état de fatigue, des insomnies et une dépression. Ces troubles avaient une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. L'incapacité de travail à 100% lui semblait évidente. Par ailleurs, il lui paraissait difficile d'imaginer une activité qui pourrait épargner suffisamment la recourante.

Cet avis n'est cependant pas de nature à mettre en doute l'appréciation des examinateurs du SMR.

Certes, contrairement aux examinateurs du SMR, le Dr G _____ a retenu le diagnostic de dépression comme ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Or, ce diagnostic, qui ne relève au demeurant pas de la spécialité du Dr G _____, n'est corroboré par aucun autre avis psychiatrique allant dans ce sens. La lecture du rapport du Dr G _____, qui fait état uniquement d'une déprime, ne permet au demeurant pas de comprendre pour quels motifs le diagnostic de dépression a été retenu.

Par ailleurs, lorsque le Dr G _____ conclut à une incapacité de travail totale au motif que la recourante souffre de douleurs intenses multiples ayant un fort retentissement sur sa santé générale (fatigue, insomnie, déprime), il relate surtout la manière dont la recourante assume et ressent elle-même ses facultés de travail. Or, il y a lieu d'établir la mesure de ce qui est raisonnablement exigible d'un assuré le plus objectivement possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). En outre, ce médecin justifie l'absence de capacité résiduelle par l'importance des symptômes en relation avec l'effort physique des membres supérieurs. Le Dr G _____ n'explique cependant pas pour quelle raison la recourante ne pourrait pas exercer une activité qui préserve ses membres supérieurs. Par ailleurs, l'absence de capacité résiduelle est également justifiée par le fait que la recourante ne bénéficie ni d'une scolarité avancée ni d'une formation professionnelle. Or, le manque de qualification professionnelle ou la méconnaissance du français ne sont pas des circonstances dont l'assurance sociale doit répondre (VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références; ATFA non publié du 9 août 2005, I 787/04 consid. 5). Certes le Dr G _____ a-t-il - contrairement aux médecins du SMR -, diagnostiqué des ténosynovites des fléchisseurs des doigts et de Quervain. Il n'a cependant pas expliqué en quoi cette atteinte avait une répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Or, 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 LPGA). On rappellera qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATF 131 V 50 consid. 1.2; 130 V 353 consid. 2.2.3).

b) Quant au Dr D _____, il est parvenu aux mêmes diagnostics que les examinateurs du SMR, soit un défilé thoracique bilatéral, une fibromyalgie (rapport du 5 mai 2004) et des douleurs vertébrales. Selon lui, l'on ne peut exiger de la recourante qu'elle exerce son activité habituelle ou une autre activité.

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. 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 351 consid. 3b/bb et cc et les

références; RJJ 1995 p. 44; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Dans le cas présent, on relèvera que le Dr D_____ n'explique pas pour quelle raison il retient une incapacité de travail totale dans toute activité, alors même qu'il reconnaît que des capacités fonctionnelles subsistent chez la recourante (rapport médical du 13 février 2003). Son appréciation ne convainc dès lors pas.

c) Le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, a, contrairement aux médecins du SMR, retenu que le syndrome douloureux somatoforme persistant dont souffre la recourante a une répercussion sur sa capacité de travail. Selon lui, il était peu probable qu'une capacité de travail supérieure à 50% puisse être retrouvée.

Son avis ne saurait, sans autre, être suivi dès lors qu'une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire pour se prononcer sur l'incapacité de travail que ce genre de trouble est susceptible d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Par ailleurs, quand bien même ce trouble aurait justifié une incapacité de travail chez la recourante, encore faudrait-il qu'il soit invalidant eu égard aux critères dégagés par la jurisprudence.

A cet égard, les examinateurs ont certes retenu que la recourante souffrait, outre la fibromyalgie, d'un trouble dissociatif (F 44). Cela étant, ce trouble n'entraîne pas de répercussion sur sa capacité de travail. Il y a donc lieu de nier l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité, d'une acuité et d'une durée suffisamment importantes.

Par ailleurs, on ne voit pas que la recourante réunisse en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité, au plan psychique, d'une reprise de l'activité professionnelle. Certes, il convient de tenir pour établie la présence d'affections corporelles chroniques entraînant des limitations objectives sur le plan somatique, en tant qu'elle souffre du défilé thoracique et des troubles statiques et dégénératifs cervico-dorso-lombaires étagés. Il en va de même du critère de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), puisque la recourante souffre du défilé thoracique depuis son adolescence. En revanche, compte tenu, d'une part, de son aptitude à effectuer des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, la recourante n'a pas épuisé toutes ses ressources adaptatives. Au demeurant, la recourante est à même d'accomplir quotidiennement un certain nombre de tâches ménagères (en particulier la préparation des repas et les emplettes légères). Par ailleurs, la vie sociale de la recourante est décrite comme riche. Elle fréquente plusieurs amis et est liée à une voisine. Elle ne subit donc pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On ne saurait davantage conclure à l'existence d'un état psychique cristallisé ni à l'échec de traitements conformes aux règles de l'art sans évolution possible au plan thérapeutique, puisque la recourante ne semble pas avoir entrepris de

psychothérapie, ce qui démontre 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).

Sur le vu de ce qui précède, la fibromyalgie dont souffre la recourante ne se manifeste pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, elle exclue toute mise en valeur de la capacité de travail de celle-ci.

d) La recourante reproche aux médecins du SMR de ne pas avoir retenu une incapacité de travail en raison des troubles plantaires constatés par le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie, dans son rapport du 22 avril 2005.

Le Tribunal de céans constate qu'aucune pièce médicale au dossier ne fait état d'une incapacité de travail en raison des atteintes au pied gauche de la recourante. Par ailleurs, on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle fait valoir que les médecins du SMR auraient mentionné que ces troubles avaient des répercussions sur ses capacités à marcher et à rester debout. En effet, il résulte de leur rapport, qu'au status, la recourante déambulait rapidement, sans boîterie. Seule la marche sur la pointe des pieds majorait les douleurs sous les têtes métatarsiennes (rapport bidisciplinaire du 31 janvier 2005, p. 5)

En conséquence, il n'existe aucun élément susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions des examinateurs du SMR. On ne voit pas que les médecins du SMR auraient négligé d'aborder un aspect essentiel de la situation douloureuse de la recourante. C'est par conséquent à bon droit que l'intimé a retenu que la recourante pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et ce à plein temps.

11. La recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu l'avis des médecins du SMR, qui ne l'ont vue qu'une fois, au détriment de l'appréciation de son médecin traitant qui la suit depuis de nombreuses années.

A cet égard, il y a lieu de relever que l'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés. Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance

particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel.

12. La recourante fait valoir que, dans la cause l'opposant à l'assureur perte de gain maladie le Tribunal administratif avait considéré que les rapports des Drs G_____ et D_____ étaient parfaitement fiables.

Le Tribunal administratif a effectivement retenu dans son arrêt du 5 août 2004 que les rapports médicaux des médecins précités étaient probants pour trancher la question de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle. Or, ce point n'est en l'espèce pas litigieux puisque l'intimé a, comme l'a fait le Tribunal administratif, estimé que l'ancienne activité de la recourante était physiquement trop astreignante pour son état de santé.

13. Il reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité à laquelle a procédé l'intimé est conforme aux règles légales applicables ainsi qu'aux principes dégagés par la jurisprudence en la matière.

a) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins.

b) Pour un assuré actif, le taux d'invalidité s'obtient en comparant le revenu du travail qu'il pourrait acquérir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, à celui qu'il aurait pu réaliser s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA et 28 al. 2 LAI; méthode générale de comparaison des revenus).

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).

c) Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est née le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4).

d) Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé 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).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79-80 consid. 5b/aa-cc).

14. En l'espèce, il convient de se placer en 2003 puisque le début de l'incapacité de travail de la recourante, dans son activité de femme de ménage, remonte au 12 septembre 2002 et son annonce à l'intimé au 13 janvier 2003.

a) Se fondant sur les documents fournis par les employeurs, l'intimé a estimé que la recourante pourrait réaliser en 2003, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 55'200.- fr. en qualité de femme de ménage. Ce montant n'est pas contesté, ni contestable.

b) Se référant au rapport médical des Drs J_____ et K_____, l'intimé a retenu que la recourante pouvait mettre pleinement en valeur sa capacité de travail dans des activités ressortant des secteurs de la production et des services, telles que la surveillance, le controlling, la vente légère ou l'accueil et la réception de clientèle, et a arrêté le revenu d'invalidé à la lumière des statistiques salariales résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral des statistiques.

En ce qui concerne la méthode utilisée pour déterminer le salaire avec invalidité, la recourante reproche à l'intimé de n'avoir pas procédé à une enquête économique auprès de sept entreprises pour obtenir des explications circonstanciées sur la nature du travail proposé, la formation exigée et les gains pouvant être réalisés. Par ailleurs, selon la recourante, l'intimé se serait fondé sur des hypothèses irréalistes quant aux activités adaptées qu'elle pourrait exercer. Outre son âge et le fait qu'elle subisse des limitations fonctionnelles, elle présenterait également des carences scolaires, n'ayant suivi qu'une partie de la scolarité obligatoire, ne sachant pas écrire le français et n'ayant aucune formation professionnelle.

Il y a lieu de préciser que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il ne s'agit pas d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références).

Par ailleurs, à condition de respecter certaines exigences de procédure, la détermination du revenu d'invalide sur la base de données salariales concrètes est un procédé admis par le Tribunal fédéral des assurances au même titre que le recours aux données statistiques économiques (ATF 129 V 472). Il n'y a pas de hiérarchie entre ces deux méthodes. Le recours aux valeurs statistiques pour fixer le revenu d'invalide concerne avant tout des assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, le salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En revanche, il n'y aurait aucun sens, lorsqu'un assuré invalide est réadapté avec succès dans une nouvelle profession, à se référer aux valeurs statistiques issues de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), d'autant moins que celles-ci sont établies par branche d'activité et non pas par profession (ATFA non publié du 1er avril 2005, I 171/04).

Enfin, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié du 30 novembre 2006, I 805/05; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). La recourante ne saurait en tout cas se prévaloir de son manque de formation scolaire et professionnelle ainsi que de son âge, dès lors que de tels facteurs ne constituent pas des circonstances dont l'assurance-invalidité doit répondre (cf. ATF 107 V 21 consid. 2c). En revanche, il s'agit d'éléments qui peuvent justifier une déduction globale lorsque le gain d'invalide est déterminé sur la base des statistiques salariales (cf. ATF 126 V 75). Enfin, quand bien même les activités proposées pourraient apparaître trop pénibles ou exigeantes au vu des limitations physiques et intellectuelles présentées, le marché du travail offre un large éventail d'activités

légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif - en plus de celles citées par l'intimé - sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière. Cela étant, la recourante est en mesure de mettre à profit sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a tenu compte d'un gain déterminant (valeur standardisée), toute activité confondue dans le secteur privé (TA1) pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4) exercés par une femme, dès lors que les limitations fonctionnelles attestées médicalement permettent à l'intéressée d'exercer de nombreuses activités issues de divers secteurs de l'économie et notamment ceux de la production et des services. En outre, celles mentionnées par l'intimée dans la décision querellée tiennent compte de ses limitations physiques, si bien que l'on ne voit pas ce qui empêcherait la recourante de les exercer. L'opinion contraire de cette dernière n'est pas propre à mettre en doute cette appréciation.

Ainsi, compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer la recourante dans une activité légère et adaptée de type industriel ou des services, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit 3'820.- fr. par mois en 2002, ou 45'840.- fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures; La Vie économique, 11/2006, B9.2), et comme le revenu statistique 2002 doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux pour les femmes en 2003 (+1.6%, La Vie économique, 1/2-2006, p.95) ce montant doit être porté à 48'553.- ($45'840 + 1.6\% = 46'573 \times 41.7 : 40$).

A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 15% pris en compte par l'intimé. En effet, seuls les critères de limitation liés au handicap et à l'absence de formation professionnelle sont remplis dans le cas particulier. Contrairement à ce qu'elle soutient, la recourante, de nationalité suisse, capable d'exercer une activité à plein temps, est encore relativement jeune. Compte tenu de l'abattement de 15%, le revenu d'invalidité sur la base statistique s'élève à 41'271.- fr. ($48'553 - 7'282$) qui, une fois comparé avec le revenu sans invalidité de 55'200.- fr., donne un taux d'invalidité de 25 %, soit un taux correspondant à celui calculé par l'intimé et qui est de loin inférieur à la limite de 40% ouvrant droit à un quart de rente.

Il sied de relever que même si l'intimé avait admis une réduction maximale de 25% lors du calcul du revenu brut annuel avec invalidité, soit un montant de 36'414.-

(48'553 - 12'138), le degré d'invalidité obtenu de 34% (55'200 - 36'414 : 55'200 x 100) n'aurait pas donné droit à une rente.

15. Reste la question d'éventuelles mesures d'ordre professionnel. L'intimé a reconnu que le taux d'invalidité de la recourante lui ouvrirait droit à de telles mesures mais y a renoncé vu la conviction de la recourante de ne plus être apte à exercer quelque activité que ce soit. La recourante a effectivement expliqué par-devant le Tribunal de céans qu'en raison de ses douleurs elle ne voyait pas quelle activité elle pourrait exercer. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a jugé que de telles mesures seraient - en l'état - sans doute vouées à l'échec. Il n'en demeure pas moins que si la recourante le souhaite vraiment et fait montre de motivation, elle pourra déposer une demande en ce sens auprès de l'intimé.
16. Le jugement entrepris n'est ainsi pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle mal fondé.

**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. Dit que la procédure est gratuite.
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

Janine BOFFI

Karine STECK

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