

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3687/2005

ATAS/326/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 26 mars 2007

En la cause

Madame H _____, domiciliée , 1219 Aïre, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-THORENS
Elisabeth

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97; Case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs.**

EN FAIT

1. Mme H _____, née le 1952, de nationalité bosniaque et Herzégovine, mariée, est arrivée à Genève en 1992 comme réfugiée. Elle est titulaire d'un permis C. Elle détient la garde de l'enfant de son époux.
2. Depuis le 3 août 1999 jusqu'au 30 janvier 2002, elle a travaillé pour X _____ (Suisse) SA comme nettoyeuse à raison de dix heures par semaine (sur 42 heures de travail hebdomadaire de l'entreprise) au salaire horaire de 16 fr. 35 et de 16 fr. 85 dès 2003, vacances comprises. En 2001, elle avait réalisé un salaire de 8'192 fr. 15.

Dès le 13 février 2001, elle a également été engagée comme nettoyeuse par Y _____ SA, "du lundi au vendredi, puis quelques samedis, de 8h00 à 10h00 et quelques heures de fin de chantiers selon les besoins", au salaire horaire de 17 fr. 50 de l'heure, vacances comprises, (16 fr. 15 de l'heure sans les vacances).

3. Dès le 31 janvier 2002, elle a été en incapacité totale de travail.
4. Dès le début de l'année de l'année 2002, l'assurée se plaint de cervico-brachialgies gauches avec fourmillements et sensation de faiblesse musculaire.
5. Le 30 janvier 2002, le Dr J _____, consulté en urgence par l'assurée, a attesté qu'il avait reçu la patiente pour des épisodes de douleurs précordiales et HA.
6. Le 8 février 2002, le Dr K _____, rhumatologue, médecin-traitant de la patiente, l'a adressée aux urgences médicochirurgicales des ("établissement hospitalier") pour un séjour de deux jours en raison de douleur thoracique sans précision et d'un malaise avec chute; un traitement de fludex a été proposé à la sortie.
7. Dès le 8 mars 2002, l'assurée est suivie par la Dresse L _____, psychiatre.
8. Le 8 avril 2002, le Dr K _____ a diagnostiqué des douleurs rétro-sternales et thoraciques atypiques. Hypertension artérielle. Attaques de panique. Episode dépressif moyen.
9. Le 24 avril 2002, une échographie abdominale révèle de probables anciens granulomes hépatiques de petite taille sans pathologie biliaire et une suspicion d'ulcère gastrique.
10. Le Dr K _____ a adressé l'assurée au Dr. M _____, neurologue, lequel, a examiné la patiente et relevé, le 13 mai 2002, qu'elle présentait actuellement un syndrome épaule/main avec une limitation douloureuse de l'épaule, des douleurs assez diffuses importantes au niveau de tout le membre supérieur gauche, des troubles circulatoires neuro-végétatifs, peut-être un déficit sensitif sur toute la main

sans topographie radiculaire ou périphérique. Il suspectait une algodystrophie et proposait des examens complémentaires (radiographie épaule et mains et un EMG). Il conclut en ce sens "Quant au traitement, il dépendra du résultat de l'EMG. Si celui-ci est négatif, je proposerais de traiter ce tableau douloureux comme un Südeck".

11. Le 15 mai 2002, une radiographie des épaules et des mains effectuée en raison des cervico-brachialgies gauches depuis début 2002 et de la suspicion d'algodystrophie du membre supérieur gauche conclut à l'absence de celle-ci et à l'absence d'anomalie des structures osseuses visualisées, sous réserve d'une variante anatomique du poignet droit.

Le 4 juin 2002, en chutant l'assurée se fracture le 5^{ème} métatarsien du pied droit.

12. Le 23 août 2002, le Dr K_____ atteste que l'évolution est défavorable depuis son rapport du 8 avril 2002. Son diagnostic définitif est celui "d'épisode dépressif moyen. Attaques de panique. Status après fracture du 5^{ème} métatarsien du pied droit déplacée traitée conservativement. PSH gauche. Trouble somatoforme douloureux persistant". La patiente continuait de se plaindre de douleurs au pied droit. Il relève qu'un EMG du membre supérieur gauche du 21 mai 2002 effectué par le Dr N_____ s'est révélé sans particularité et que le diagnostic de maladie de Südeck a pu être écarté.
13. Le 19 décembre 2002, le Dr K_____ ne relève aucun changement significatif. Toutes les nombreuses plaintes décrites dans son précédent rapport du 23 août 2002 sont toujours présentes et n'ont guère évolué. La patiente est toujours régulièrement suivie par son psychiatre la Dresse L_____. Il craignait que l'incapacité de travail de la patiente ne soit définitive.
14. La Dresse L_____ a attesté le 7 janvier 2003 d'une incapacité totale de travailler de sa patiente dès le 31 janvier 2002 en raison d'attaques de panique, troubles anxieux et dépressifs. Le traitement psychothérapeutique et médicamenteux avait débuté le 18 mars 2002.
15. Le 20 janvier 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.
16. L'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a requis un rapport médical de la Dresse L_____, laquelle a établi les diagnostics suivants le 15 février 2003 :

Etat dépressif moyen (F32.1). Trouble somatoforme (F45.0). Attaques de panique. Status après fracture du 5^{ème} métatarsien du pied droit.

L'assurée était en incapacité de travail depuis janvier 2002 et en traitement chez elle depuis le 18 mars 2002. A son arrivée à Genève, la patiente avait vécu une situation

stressante car elle était menacée de perdre la garde de l'enfant de son mari, âgé de huit ans. Par ailleurs, elle avait perdu son fils de seize ans pendant la guerre, suite à l'explosion d'une grenade. Elle travaille depuis 1994 deux fois deux heures par jour dans le nettoyage. En 1994-1995, elle a présenté des crises ressemblant à des attaques de panique et a été traitée par la Polyclinique de médecine par antidépresseur. Rechute en janvier 2002; elle se plaint de vertiges, de maux de tête, de douleurs au niveau du cœur, de sensations d'étouffement. Les investigations par le Dr L. J _____, cardiologue, n'ont rien montré d'organique. En outre, parallèlement, elle a développé un état dépressif (apathie, tristesse, angoisse) suivi par elle-même dès mars 2002 (traitement médicamenteux de Seropram 30 mg + 1 mg de Xanax + somnifères).

La patiente se plaignait depuis environ un mois d'étouffement, de vertiges avec peur de s'évanouir (il lui était même arrivé de s'évanouir), fourmillement aux mains. Elle se plaignait aussi de troubles du sommeil (cauchemars), de fatigue, de tristesse, n'ayant de goût pour rien. Elle disait avoir mal à la tête, à la nuque, aux bras. La patiente était apathique, méfiante, se montrait angoissée, ralentie sur le plan psychomoteur, verbalisant un manque de goût pour quoi que ce soit, sauf pour s'occuper du fils de son mari. On constatait en outre peu d'agressivité en ce qui concernait cette situation, agressivité probablement retournée contre elle-même (douleurs, dépression).

Elle ne présentait pas de trouble de la personnalité. Son affection entraînait une perte de la capacité de travail pour des raisons psychiques de 50 %.

17. Le 2 mai 2003, la recourante a indiqué à l'assurance-invalidité qu'elle effectuait quatre heures de nettoyage par jour du 2 août 1999 au 30 janvier 2002 et qu'elle exerçait une activité à temps partiel pour raison de santé.
18. Le 10 février 2003, le Dr K _____ a rendu un rapport médical AI. Il a diagnostiqué un état dépressif moyen et attaques de panique épisodiques; trouble somatoforme douloureux persistant et PSH gauche chronique ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'incapacité de travail était de 100 % depuis le 30 janvier 2002. Il était son médecin-traitant depuis janvier 1997 et l'avait consulté pour plusieurs affections (bronchite, lombalgies, céphalées, palpitations, dyspnée d'effort et œdème des chevilles, épigastalgies avec pyrosis).

Dès janvier 2002 sont apparues des douleurs précordiales associées à une dyspnée et des maux de tête ainsi que des vertiges. Il avait pratiqué des examens qui n'avaient mis en évidence qu'une hypercholestérolémie avec augmentation de la TSH. Le 6 février 2002, elle avait fait un malaise avec chute. Le CMCE avait conclu à des douleurs rétrosternales atypiques et NTA. Elle avait été traitée en 1995 déjà par des antidépresseurs. La patiente avait fait d'autres chutes à la suite de celle de février 2002 et se plaignait de douleurs rachidiennes et diffuses et de manque de

force dans les membres, trouble du sommeil, douleurs abdominales atypiques. En 2002, des clichés des épaules et des mains n'avaient rien révélé de particulier, ni l'EMG du membre supérieur gauche. Ses plaintes étaient très nombreuses et diffuses. Elle ne pouvait effectuer toutes les tâches du ménage et en particulier les travaux exigeant de la force. Son état s'aggravait avec augmentation des crises vertigineuses. L'incapacité de travail était totale et définitive mais il allait procéder à une expertise médicale.

19. Le 8 mars 2005, le Centre d'expertise médicale, avenue de Champel 24, 1206 Genève, a rendu à la demande de l'OCAI une expertise interdisciplinaire.

a) L'anamnèse sociale et professionnelle relève qu'entre 1990 et 1994 Mme H_____ a vécu les horreurs de la guerre en Bosnie : l'enfant qu'elle avait adopté est décédé, elle a été séparée de son mari. En 1994, elle récupère l'enfant de 8 mois que son mari avait eu hors mariage et vient seule avec ce garçon en Suisse. Par la suite, son mari la rejoint. Toutefois, la mère biologique de l'enfant a causé beaucoup de problèmes et fait des menaces en 2000 pour pouvoir récupérer la garde de son fils. A ce moment-là, il a été tenu compte du désir du fils qui ne voulait plus revoir sa mère biologique. Mme H_____ considère cet enfant comme le sien et se sent responsable de lui. L'assurée est moyennement bien intégrée en Suisse, elle n'a acquis aucune connaissance de la langue française. Ses troubles ont influencé plutôt positivement ses relations avec son mari, puisque celui-ci est très compréhensif et n'a plus de relation extra conjugale depuis 1994. Son mari travaillait aussi dans les nettoyages, mais il est en arrêt de travail depuis un an et demi suite à un accident professionnel. Les activités ménagères sont exécutées principalement par la belle-sœur et le mari, elle fait rarement les courses et rarement la cuisine, principalement des soupes. Elle a une seule amie et une belle-sœur qui l'aide pour le ménage. Elle sort peu, ça ne l'intéresse pas, elle n'a plus envie de rien et s'isole à la maison. Elle n'a aucun loisir particulier. Les limitations à son poste de travail de nettoyeuse sont surtout de passer l'aspirateur et la serpillière, ce qu'elle ne peut plus faire. Par contre elle pourrait encore passer la poussière et vider les poubelles. Il n'y a pas d'adaptation possible de son poste de travail et l'assurée n'a pas envisagé d'autre possibilité professionnelle, elle craint d'avoir des malaises, de subir des accidents, même dans un travail qui ne serait pas physique, elle a du mal à se concentrer et invoque également son manque de formation professionnelle. Selon l'assurée, les attaques de panique, associant palpitations, douleurs rétrosternales et dyspnée peuvent survenir deux fois par semaine. Elle les distingue nettement des malaises qui surviennent de manière très différente. Elle souffre également de tristesse, pleure, a des cauchemars et préférerait ne pas rester en vie. Elle se sent déprimée depuis juin 2002. Elle s'inquiète aussi pour sa santé et a peur de devenir paralysée. En aparté, son amie qui servait de traductrice nous a dit "si je ne vais pas la chercher, elle ne vient pas chez moi". Elle trouve son isolement social inquiétant. Depuis 2002, Mme H_____ fait également des malaises et

souffre de vertiges, à raison de deux fois par semaines. Ils surviennent surtout à la maison.

b) La Dresse O_____, psychiatre, a effectué une évaluation psychiatrique le 14 décembre 2004 et diagnostiqué un trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) ainsi que de probables attaques de panique (F 41.0). Elle relève qu'actuellement, la symptomatologie manifestée correspond à un épisode anxiodépressif chronique d'une intensité moyenne. Les troubles respiratoires, répondant bien au Temesta, évoquent fortement les attaques de panique, modifiées en forme et en intensité par une médication d'antidépresseur depuis déjà presque trois ans. Concernant la médication, on peut souhaiter un ajustement. L'antidépresseur qui n'a pas amené une amélioration franche ni des symptômes anxieux, ni dépressifs, pourrait être changé contre une autre molécule (par exemple Efexor ou éventuellement Zoloft). Une anxiolyse mieux établie, à part la forme retard du Xanax ou un autre anxiolytique de longue demi-vie, peut améliorer déjà la survenue des attaques de panique et le confort de vie de l'expertisée. En ce qui concerne la problématique psychique de Mme P_____, l'évolution chronique de la problématique dépressive, avec le maintien d'une symptomatologie importante associée à une capacité de insight très limitée, font plutôt des mauvaises conditions pour un pronostic favorable à moyen ou long terme. L'isolement culturel et social de Mme H_____, qui ne sait toujours pas parler le français malgré dix ans passés à Genève, donnent peu d'espoir à "la parvenue subite" d'une réintégration sociale. L'expertisée, qui a peu de facilité psychique pour affronter favorablement une situation d'émigration forcée par la guerre, est d'avantage démunie face à une maladie psychique chronique. Cette difficulté psychique est influencée de manière importante par la difficulté du choix du pays de vie. Le choix de retour ou de rester en suisse est actuellement impossible pour l'expertisée et sa famille en raison d'une situation économique incertaine, voire catastrophique dans leur pays d'origine et des projets pour leur fils. Actuellement, en raison d'une chronicisation de la maladie psychique, il semblerait plus raisonnable de tenter une amélioration par le biais d'un ajustement du traitement médicamenteux. Un traitement psychothérapeutique visant des objectifs plutôt modestes et très concrets, parmi lesquels une reprise du travail à environ 50 % reste également valable. L'état psychique de l'expertisée, les symptômes chroniques relativement importants induisent une limitation de la capacité de travail d'environ 50 %.

c) La Dresse Q_____, rhumatologue, a effectué le 16 décembre 2004 une évaluation rhumatologique. Elle relève qu'un EMG du Dr N_____ du 21 mai 2002 ne montre pas de signe de dénervation et cite les examens complémentaires effectués par le Dr K_____ soit des radiographies de la colonne lombaire et cervicale du 6 février 2003 concluant à l'absence de trouble scoliotique et de lésion osseuse mais de discrets troubles dégénératifs débutait en C5 et C6, des radiographies de la colonne dorsale du 23 avril 2002 concluant à une vraisemblable maladie de Forestier et de radiographie des pieds du 24 avril 2004 concluant à une

sclérose de l'articulation métatarso-phalangienne sans lésion osseuse. L'experte mentionne que l'assurée se plaint de douleurs diffuses au niveau de la face postérieure de l'épaule gauche, de la région paravertébrale cervicale gauche et de tout le bras gauche, décrites comme un coup de poignard. Il existe une symptomatologie douloureuse de plus faible intensité au niveau de l'avant-bras et de la main gauches, sans territoire radiculaire précis. Les douleurs au niveau du membre supérieur gauche sont constantes, souvent nocturnes et insomniantes; elles sont également augmentées par tous les mouvements du membre supérieur gauche. Aussi l'assurée, qui est droitère, dit utiliser de moins en moins souvent son membre supérieur gauche pour effectuer les activités de la vie quotidienne. La symptomatologie douloureuse s'accompagne d'une sensation de faiblesse et d'insensibilité diffuse de tout le membre supérieur gauche. Mme H_____ est très inquiétée par le fait qu'une symptomatologie douloureuse similaire semble apparaître au niveau du membre supérieur droit depuis environ trois mois, sans facteur déclenchant. Sur le plan thérapeutique, la prescription de paracétamol 3 fois 500 mg par jour n'a qu'un effet antalgique modeste; le Célébrex 200 mg un comprimé par jour a un meilleur effet antalgique. En raison de la recrudescence des douleurs du membre supérieur gauche après chaque séance, Mme H_____ ne fait plus de physiothérapie depuis 18 mois. Les limitations entraînées par ces douleurs du membre supérieur gauche sont difficiles à préciser en raison de multiples autres plaintes, comme des douleurs rétrosternales, une dyspnée et une importante asthénie. Il semble qu'en raison des douleurs du membre supérieur gauche, Mme H_____ ne peut pas effectuer d'activité nécessitant l'abduction de ce membre au-delà de 90°, ni porter des charges supérieures à 1 kg. Par ailleurs, l'assurée se plaint de douleurs au niveau de la face externe du pied droit, depuis une chute survenue en juin 2002 et ayant entraîné une fracture du 5^{ème} métatarse droit. Ces douleurs se sont peu à peu aggravées, malgré une évolution radiologique tout à fait satisfaisante. Actuellement elles sont constantes, augmentées par la marche, souvent nocturnes et insomniantes et elles sont traitées par un "bandage" du pied droit. En raison de ces douleurs du pied droit, Mme H_____ dit ne pas pouvoir marcher plus d'un kilomètre sur un terrain plat et régulier. A noter qu'elle n'utilise pas de canne.

L'experte diagnostique un trouble somatoforme douloureux sous la forme de douleurs chroniques du membre supérieur gauche. Elle relève que l'examen clinique est rendu difficile par un comportement très démonstratif, avec notamment une attitude d'épargne complète du membre supérieur gauche lors du déshabillage et de l'examen, et une importante limitation de la mobilisation active dans toutes les directions en raison de très vives douleurs de l'épaule et du bras.

Une périarthropathie scapulo-humérale gauche de la coiffe des rotateurs ne peut être exclue. Cependant, l'examen clinique rendu difficile par le comportement très démonstratif de l'assurée ne peut ni confirmer ni infirmer ce diagnostic. Le caractère très invalidant de ces douleurs qui ont un fort impact sur la vie

psychosociale de l'assurée, leur caractère très diffus, leur aggravation, malgré les différentes mesures thérapeutiques entreprises, et leur extension récente au niveau du membre supérieur droit évoquent plutôt le diagnostic de douleurs chroniques de type trouble somatoforme douloureux. A noter qu'à l'anamnèse par systèmes, on relève plusieurs autres plaintes de la lignée somatoforme, comme des douleurs rétrosternales atypiques, de fréquentes douleurs abdominales, des vertiges, des troubles du sommeil, une importante asthénie, etc. Le caractère très diffus des douleurs, les déficits neurologiques atypiques (lâchages antalgiques pour tous les groupes musculaires testés, hypoesthésie diffuse de tout le membre supérieur gauche) parlent également contre une cervico-brachialgie. Par ailleurs, il n'y a actuellement aucun argument clinique pour une algoneurodystrophie ou encore une capsulite rétractile. A noter que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être confirmé par une évaluation psychiatrique.

Il est probable que les douleurs du pied droit s'inscrivent également dans le contexte d'un TSD. Le pronostic d'un tel TSD apparaît très réservé en raison de la chronicité des plaintes et de leur aggravation progressive, malgré les différents traitements entrepris. Par ailleurs, des facteurs extra médicaux interviennent également, comme un important retrait social, une mauvaise intégration, un faible niveau éducationnel et l'absence de formation professionnelle. L'introduction d'un traitement antidépresseur de la famille des tricycliques pourrait éventuellement contribuer à élever le seuil de la douleur. Sur le plan professionnel, en raison des douleurs chroniques du membre supérieur gauche et du pied droit, on ne peut exiger de Mme H_____ qu'elle exerce une activité physiquement astreignante comme celle de femme de ménage. En revanche, dans une activité adaptée, c'est-à-dire ne nécessitant pas des déplacements longs et fréquents, évitant le port répété de charges lourdes avec le membre supérieur gauche, la capacité de travail de l'assurée est entière. Toutefois, en raison des facteurs de mauvais pronostic mentionnés ci-dessus, la reprise d'une telle activité professionnelle devrait se faire progressivement, tout d'abord à 50 %.

Globalement, on constate une discordance entre une symptomatologie intense et très handicapante et l'examen clinique qui est très difficile à réaliser, mais qui ne montre pas d'impotence somatique majeure. Cette constatation nous amène au diagnostic de trouble somatoforme douloureux déjà établi par sa psychiatre, la Dresse R_____. Le tableau clinique ne correspond pas à des signes de déficit neurologique. Sur le plan thérapeutique, Mme H_____ pourrait bénéficier de mesures simples, telles qu'infiltration au niveau de l'épaule ou adaptation de ses chaussures pour le pied droit. L'assurée se plaint de malaises et de syncopes à répétition, dont une a abouti à une chute avec fracture du 5^{ème} métatarsien du pied droit. Les différents examens cardiologiques se sont révélés normaux (électrocardiogramme, scanner thoracique, échographie cardiaque), hormis une insuffisance tricuspide discrète. Un enregistrement du rythme cardiaque sur 24 heures, voire 72 heures, pourrait encore compléter cette investigation, bien que

nous sommes de l'avis que ces malaises font partie de la symptomatologie somatique appartenant au trouble anxiodépressif. En conclusion, Mme H_____ présente une symptomatologie anxio-dépressive depuis une dizaine d'années, à laquelle s'est ajoutée depuis début 2002 une symptomatologie douloureuse, déclenchée initialement par des atteintes somatiques qui sont rapidement devenues autonomes, sans relation avec les lésions initiales et accompagnées par une symptomatologie végétative diffuse. Nous attribuons une réduction de la capacité de travail pour des raisons psychiques, car nous constatons que cette assurée manque de ressources physiques, non seulement pour surmonter elle-même par un effort de volonté sa situation (douleurs chroniques avec extension sur d'autres parties du corps), mais aussi pour mener une prise en charge psychothérapeutique dans le but d'améliorer sa souffrance somatique. Nous émettons un pronostic très mitigé du fait que la symptomatique s'est déjà incrustée depuis 3 ans, et qu'elle a plutôt tendance à s'étendre, et en raison du peu d'introspection que présente l'assurée pour aborder thérapeutiquement cette pathologie.

L'assurée est apte à effectuer des activités physiquement légères, telles que vider les poubelles et faire la poussière. On pourrait lui proposer une réadaptation dans un métier moins lourd physiquement. Toutefois, l'assurée est très peu motivée et invoque son manque de formation professionnelle et sa méconnaissance de la langue française. Mme H_____ pourrait travailler dans une activité plus légère qui respecte ses limitations : pas de travail répétitif avec le membre supérieur gauche au-dessus de la poitrine, pas de port de charges au-dessus de 5 kg, pas de marche au-delà de 30 minutes d'affilée. En raison de malaises répétés, il lui est interdit de travailler avec une machine dangereuse, de faire des travaux d'équilibre et de monter sur une échelle.

Elle pourrait exercer une activité adaptée à l'invalidité quatre heures par jour, qui pourraient être augmentées à six heures par jour avec un bon encadrement médical et psychique.

20. Le 26 avril 2005, le Dr. S_____ du SMR Suisse Romande a rendu un rapport d'examen. Il relève que le seul diagnostic retenu par l'expert rhumatologue est celui de "trouble somatoforme douloureux". Les investigations poussées faites à la recherche d'une explication aux douleurs du membre supérieur gauche n'ont permis d'objectiver aucun substrat anatomique à ces plaintes. De même, l'assurée se plaint de douleurs du pied droit consécutive à une fracture du 5^{ème} métatarsien droit en juin 2002, alors que les investigations montrent la guérison complète et sans séquelles de la lésion. L'expert note un comportement très démonstratif de l'assurée au cours de l'examen. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic retenu est celui de "trouble anxieux et dépressif chronique d'intensité modérée". L'expert mentionne que "la symptomatologie manifestée correspond à un épisode anxiodépressif chronique d'intensité moyenne". Or le status psychiatrique correspond à un épisode

dépressif léger selon les critères de la CIM-10, soit F32.0, puisque seuls deux critères B et deux critères C sont présents. Les critères du trouble somatoforme indifférencié (F45,1) selon la CIM-10 sont réunis. Il n'y a aucun diagnostic somatique et, comme comorbidité psychiatrique, un épisode dépressif léger. L'assurée ne présente ni trouble de la personnalité, ni trait de personnalité pathologique. Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique significative. L'assurée ne présente pas d'affection corporelle chronique. Il n'y a pas de perte l'intégration sociale puisque celle-ci ne s'est jamais faite depuis onze ans en Suisse pour des raisons linguistiques plutôt que médicales. Du fait qu'une amélioration des symptômes et du confort de vie est possible par un ajustement du traitement comme le propose l'expert psychiatre, on ne peut pas considérer que les traitements conformes aux règles de l'art ont échoué. L'expert rhumatologue a relevé des divergences entre les douleurs décrites et les comportements observés (pas d'entraînement précoce de l'omoplate, rotations internes et externes conservées). Les intenses douleurs alléguées sont "sans territoire radiculaire précis". L'assurée est décrite comme "très peu motivée" à reprendre une activité, invoquant "son manque de formation professionnelle et sa méconnaissance de la langue française", qui sont des facteurs extra-médicaux. En conclusion, l'assurée présente un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique significative et sans autre atteinte invalidante à la santé. En vertu de la jurisprudence en vigueur, l'incapacité de travail qui en résulte n'est pas à la charge de l'AI.

21. Par décision du 27 mai 2005, l'OCAI a refusé la demande de rente de l'assurée, celle-ci ne présentant pas d'atteinte à la santé invalidante.
22. Le 23 juin 2005, l'assurée, représentée par Me GABUS-THORENS, a fait opposition à cette décision et requis l'assistance juridique. Préalablement, elle demande à ce qu'une expertise complémentaire soit ordonnée visant à établir d'une part, l'existence d'une périarthropathie scapulo-humérale gauche ou celle d'un syndrome somatoforme douloureux, voire d'une autre pathologie, d'autre part, à évaluer le caractère invalidant de la pathologie et conclut principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle relève que l'experte rhumatologue ne se prononce pas clairement entre périarthropathie scapulo-humérale et TSD et ne prend pas en compte l'existence d'un sudeck et de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale. Des examens complémentaires devraient être ordonnés. Les experts se contredisaient en affirmant qu'elle ne pouvait exercer l'activité de nettoyeuse et qu'elle pouvait améliorer sa capacité de travail comme nettoyeuse. L'expertise psychiatrique était incomplète car elle ne se prononçait pas sur le caractère invalidant du TSD lui-même. Une nouvelle expertise devait donc être ordonnée afin que l'expert se prononce sur le taux d'invalidité provoqué par le TSD. L'expertise, contradictoire, n'avait pas de valeur probante. Il y avait une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie dès lors que depuis 2001, elle s'était totalement refermée sur elle-même et ne sortait plus de son domicile. Son

état psychique était cristallisé et les traitements ambulatoires ou stationnaires étaient un échec. Elle demandait que son incapacité totale de travail soit reconnue.

23. Par décision du 5 septembre 2005, l'OCAI a refusé l'octroi de l'assistance juridique gratuite.
24. Par décision du 15 septembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Selon l'expertise, celle-ci ne présentait pas de signes de comorbidité psychiatrique importante car elle souffrait d'un épisode anxiodépressif d'une intensité moyenne ou même légère selon les critères de la CIM-10. Par ailleurs, le traitement pouvait encore être amélioré et l'isolement de l'assurée résultait essentiellement d'une situation d'émigration. Des examens complémentaires n'étaient pas nécessaires car aucun substrat anatomique n'avait pu être objectivé relativement aux douleurs du membre supérieur gauche.
25. Le 20 septembre 2005, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision de refus d'octroi d'assistance juridique, lequel a admis le recours le 1^{er} novembre 2005 (ATAS/942/2005).
26. Le 14 octobre 2005, l'assurée a recouru au Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision sur opposition du 15 septembre 2005. Elle a complété son recours le 9 janvier 2006. Préalablement, elle a conclu à ce que le Tribunal de céans ordonne une expertise complémentaire visant à établir l'existence d'autres pathologies que le trouble somatoforme douloureux, notamment l'existence d'une périarthropathie scapulo-humérale gauche ou d'un sudeck, à évaluer le caractère invalidant de ces pathologies, à établir, d'un point de vue psychiatrique, le caractère invalidant d'un éventuel trouble somatoforme douloureux, à définir la nature d'une éventuelle activité exigible et principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Les médecins avaient constaté que son état se péjorait ce qui était en contradiction avec le point de vue de l'OCAI selon lequel son état pourrait être amélioré. La perte d'intégration sociale résultait de la maladie et non pas de l'émigration. Aucun emploi n'avait concrètement été proposé par l'OCAI. L'expertise était incomplète car le Dr M _____ avait estimé que l'affection dont elle souffrait était un sudeck, ce qui n'avait pas été investigué. Il en était de même pour la périarthropathie scapulo-humérale gauche de la coiffe des rotateurs, écartée sans examen. La radiographie au dossier était d'ailleurs ancienne (mai 2002). Les dégénérescences de la colonne vertébrale avaient été reléguées au second plan par rapport au TSD. Le diagnostic avait été posé de façon arbitraire. En relation avec les malaises et syncopes, l'examen cardiaque sur 24 heures, voire 72 heures, évoqués par les experts, n'avait à tort pas été pratiqué. L'expert psychiatre ne s'était pas prononcé sur le caractère invalidant du TSD alors qu'il devait le faire. L'expertise contenait des contradictions sur la capacité de travail. Elle ne pouvait exercer une activité de femme de ménage alors qu'elle ne pouvait rester debout plus de 30 minutes, ni monter le membre gauche au-dessus de la poitrine et alors qu'elle

souffrait d'étourdissement jusqu'à dix fois par jour. Même dans une activité adaptée, elle ne pouvait, contrairement aux dires des experts, travailler avec le même rendement qu'une personne en bonne santé. L'activité possible n'avait pas été déterminée par l'OCAI. L'atteinte psychiatrique était chronique et aggravée par des crises de panique et d'angoisse. Il s'agissait d'une dépression grave. Les traitements avaient échoués. L'expert proposait un changement de médicaments mais reconnaissait un mauvais pronostic à moyen ou long terme. Enfin, avant sa maladie, elle fréquentait des amis et des collègues de travail. Son invalidité était complète et elle avait droit à une rente entière.

27. Le 22 novembre 2005, le vice-président du Tribunal de première instance a admis la recourante au bénéfice de l'assistance juridique pour la procédure de recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales.
28. Le 9 février 2006, l'OCAI a conclu au rejet du recours en soulignant que le diagnostic de TSD posé par les experts devait être confirmé.
29. A la demande du Tribunal de céans, le Dr K_____ a répondu, par courrier du 11 mai 2006, à un certain nombre de questions. Il a précisé tout d'abord qu'il avait bien eu connaissance des radiographies de la colonne cervicale (mai 2002), de la colonne dorsale (avril 2002) et de la colonne lombaire (février 2003) de l'assurée puisqu'elles avaient été faites en son cabinet.

Ensuite il a relevé que les lésions radiologiques de la colonne vertébrale constatées sur lesdites radiographies ne pouvaient pas entraîner de fortes douleurs invalidantes et entraient dans le cadre d'un TSD, tout en influençant négativement la capacité de travail de l'assurée.

Il poursuit ainsi :

"Je ne partage pas la conclusion des experts concernant le problème des douleurs invalidantes de l'épaule gauche. Il s'agit en effet d'une PSH gauche chronique qui doit faire l'objet d'un diagnostic séparé, car ce diagnostic n'entre pas dans le cadre d'un TSD. Il s'agit en effet d'une des formes sévères de la PSH qui entraîne également à côté de douleurs intenses une limitation fonctionnelle importante avec un manque de force au membre supérieur. J'ai demandé de nouvelles radiographies de cette épaule ainsi qu'une échographie. Ces examens effectués le 3 mai 2006 à la Radiologie Florissant mettent en évidence de discrètes modifications arthrosiques de l'articulation de l'épaule, mais également la rupture d'un tendon (tendon du sus-épineux). Cette rupture est probablement d'origine dégénérative, dans le contexte de modifications arthrosiques. Toutefois l'examen clinique de cette épaule qui met en évidence la persistance de cette importante limitation des mouvements de l'épaule et du bras gauche permet de poser le diagnostic d'une capsulite rétractile (épaule gelée). L'échographie effectuée nous apporte également un élément nouveau (rupture tendineuse), ce qui permet de conclure que la symptomatologie

douloureuse au niveau de l'épaule et du bras gauche est d'origine mixte (capsulite rétractile et rupture du tendon). L'ensemble de l'examen clinique et radiologique de cette épaule explique entièrement les fortes douleurs et l'impotence fonctionnelle du membre supérieur gauche qui entraînent sans aucun doute une forte limitation de la capacité de travail de Mme H_____ (cf. rapport de la Radiologie Florissant du 3 mai 2006). Le seul examen qui pourrait encore être pratiqué est celui d'un arthro-scanner qui pourrait nous renseigner si la capsulite rétractile est au premier plan ou bien si c'est la rupture tendineuse. Quoi qu'il en soit le pronostic de son affection de l'épaule est mauvais car il n'y a pas de solution thérapeutique adéquate pour améliorer la limitation fonctionnelle douloureuse qui est sans aucun doute très importante".

30. Le 29 mai 2006, le SMR Suisse romande s'est prononcé, à la demande du Tribunal de céans, sur le rapport précité. Les Drs T_____ et S_____ ont relevé que "les examens radiologiques de l'épaule gauche du 3 mai 2006 montrent une rupture du tendon du sus-épineux et une suspicion non confirmée de capsulite rétractile. Une déchirure d'origine dégénérative du tendon sus-épineux est une affection douloureuse. Elle évolue spontanément vers la rupture en 18 à 24 mois. A partir du moment où la rupture est complète, ce qui est décrit chez cette assurée, les douleurs disparaissent complètement. La capsulite rétractile est également une lésion douloureuse, d'évolution spontanément favorable en 18 à 24 mois, sans séquelles algiques. Seules peuvent persister des limitations de la mobilité de l'épaule. L'ensemble des lésions de l'épaule gauche de cette assurée justifie à notre avis les limitations fonctionnelles suivantes :

- Pas d'élévation au-delà de 60° du membre supérieur gauche, de façon répétitive.
- Pas de port de charge de plus de 5 kg avec le MSG, bras tendu et pas plus de 10 kg, bras au corps.

Dans une activité adaptée à ces limitations, la capacité de travail est entière du point de vue médical. Dans l'activité de nettoyeuse, il faut admettre une diminution de rendement pouvant atteindre au maximum 30 %".

31. Le 27 juin 2006, le Tribunal de céans a demandé à la recourante si la diminution de son activité - comme indiquée dans son opposition, soit nettoyeuse à 50 %, puis à raison de dix heures par semaine dès 1999 - provenait de son atteinte à la santé ou d'un autre motif et à quel taux elle travaillerait sans atteinte à la santé.
32. Le 6 juillet 2006, la recourante a transmis copie de ses contrats de travail (chez X_____ SA et JL Services) en indiquant qu'elle n'avait pas travaillé quatre heures par jour dès 1994.
33. Le 6 juillet 2006, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse U_____, spécialiste en rhumatologie.

34. Le 17 juillet 2006, l'OCAI a relevé qu'il n'appartenait pas à l'experte d'effectuer la pondération des activités ménagères de la recourante.
35. Le 18 juillet 2006, la recourante a déclaré approuver la mission d'expertise.
36. Le 12 janvier 2007, la Dresse U_____ a rendu son rapport.

L'assurée décrivait des douleurs de l'épaule gauche depuis environ quatre ans avec limitations fonctionnelles dans le cadre de douleurs diffuses depuis 2002, des cervicalgies et des lombalgies peu importantes ainsi que des douleurs au pied droit. Une arthro-IRM de l'épaule gauche du 20 novembre 2006 montrait une tendinopathie du sus-épineux sans image de rupture et était compatible avec une capsulite rétractive modérée. Concernant le traitement, une meilleure antalgie et une prise en charge active avec de la physiothérapie de mobilisation devraient améliorer et les douleurs et la mobilité. En général, avec un traitement bien conduit, la récupération de la capsulite rétractile était quasiment complète à deux ans. Malgré les atteintes objectives, il y avait une discordance entre les lésions et les plaintes de la patiente. Il n'y avait pas d'éléments pour une maladie de Südeck, qui est une algodystrophie du membre supérieur touchant la main et l'épaule. Il n'y avait pas d'élément objectifs en relation avec les douleurs cervicales, et les douleurs de l'épaule et du MSG n'avaient pas de lien avec une atteinte cervicale. Les atteintes objectivables étaient une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche et une capsulite rétractive modérée de l'épaule gauche. Le terme de "périarthrite scapulo-humérale" n'était pas un diagnostic précis. En raison des atteintes de l'épaule gauche, la recourante ne pouvait pas effectuer des mouvements répétés avec le membre supérieur gauche ni des mouvements en élévation, ni porter des charges de plus de 5kg avec ce membre. En particulier, elle ne pouvait plus exercer son ancienne activité de nettoyeuse. Ces atteintes étaient présentes depuis 2002. Sur le plan ostéoarticulaire, elle pourrait effectuer une activité légère, adaptée, à 100 %. A domicile, elle pouvait effectuer des activités comme faire la poussière, faire la vaisselle, ranger (pas d'utilisation du MSG en élévation). Elle pouvait remplir et vider les machines à laver le linge et la vaisselle, faire les courses sans porter avec le MSG et passer l'aspirateur occasionnellement (sur de petites surfaces à la fois). Elle ne pouvait pas porter de lourdes charges avec le MSG, laver les vitres ou le sol en utilisant le MSG, ou nettoyer à hauteur.

A la demande du Tribunal de céans, l'experte a évalué les limitations et le handicap dans l'activité ménagère, aboutissant à une invalidité de 31 %.

37. Le 9 février 2007, la recourante a déposé des observations en relevant que l'experte mentionnait une maladie de Forestier mais n'en parlait plus dans ses conclusions. Elle qualifiait les douleurs au pied droit de dysfonction résiduelle répondant bien à un traitement manuel alors que l'expertise du CEM évoquait des douleurs intolérables. L'incapacité de travail entre la demande AI et l'expertise n'était pas

précisée. S'agissant des activités ménagères, elle ne pouvait préparer des repas sans faire de mouvements répétés, ni de mouvement d'élévation avec le MSG qui était dominant pour les travaux manuels et de ménage, la limitation était d'au moins 60 % pour l'alimentation. De plus, vider les poubelles et passer la poussière, activités qu'elle pouvait faire, ne correspondaient pas à 50 % des activités ménagères mais au plus à un 5 %. Concernant les achats, il fallait lui reconnaître une limitation de 70 % et d'au moins 90 % pour la lessive et l'entretien des vêtements. L'intégralité du ménage était d'ailleurs assuré par un tiers. La reconnaissance d'une capacité de travail à plein temps dans une activité adaptée était incompréhensible. D'un point de vue psychique, une capacité de travail réduite de 50 % avait été retenue par le CEM et un diagnostic de TSD posé, ce qui aboutissait, compte tenu de toutes les pathologies, à une incapacité de travail totale. L'expertise était aberrante dès lors qu'elle admettait, d'une part, une capacité de travail et, d'autre part, l'excluait d'un point de vue psychique et vu le manque d'intégration et tout en estimant que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pas justifiées. Enfin, l'intimé se devait de proposer des activités concrètes, ce qu'il n'avait pas fait.

38. Le 12 février 2007, l'OCAI s'est référé à un avis du SMR du 6 février 2007, selon lequel il est médicalement difficile de définir l'exigibilité dans l'activité habituelle en raison des auto-limitations et de plaintes discordantes avec les constatations objectives. C'est ce qui expliquait que le SMR avait estimé l'activité de nettoyeuse exigible à 70 % tandis que la Dresse U_____ l'estimait à 0 %. Puisque celle-ci avait examiné personnellement l'assurée, ce qui n'était pas le cas du SMR, il était juste de se rallier à son estimation de la capacité de travail, même si elle pouvait sembler "généreuse" pour l'assurée.

L'OCAI a relevé que la pondération des activités ménagères et les limitations de celles-ci devaient faire l'objet d'une enquête à domicile spécifique et non pas d'une évaluation par l'experte.

39. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 25 juillet 2006, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.
2. La LPGa est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et

les références). En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations dès janvier 2003, à savoir à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, le présent cas est régi par la législation en vigueur dès le 1^{er} janvier 2003, étant rappelé que les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 130 V 445 consid. 1.2.1., 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Quant aux dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852), elles ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1^{er} janvier 2004.

3. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité.
4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

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).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, 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.

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).

5. Selon le 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).

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, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Au demeurant, l'indépendance et l'impartialité des experts des COMAI, exigées par les art. 4 aCst. et 6 par. 1 CEDH, est réputée garantie (cf. ATF 123 V 175 et JAAC 1998 n° 95 p. 917 ; ATFA du 21 avril 2004, I 621/03, consid. 4). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références; ATF I 501/04 du 13 décembre 2005).

6. D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6).

Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche

und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

Enfin, en l'absence de comorbidité psychiatrique, la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle (cf. Meyer-Blaser, op. cit., p. 87). Dans ce cas, on doit admettre que la personne n'a pas épuisé toutes ses ressources psychiques lui permettant de surmonter sa douleur (ATF I 752/04 du 24 août 2005).

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. 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). En l'absence de comorbidité psychiatrique, il est possible de s'écarter des conclusions médicales d'une expertise COMAI (ATF I 497/04 du 12 septembre 2005).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, le Tribunal fédéral des assurances a, dans un arrêt ATF 127 V 294, précisé sa jurisprudence relative aux atteintes à la santé psychique. Ainsi, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 299 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

7. La jurisprudence du TFA relative à l'examen du caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail de l'assuré souffrant d'un TSD ou de fibromyalgie doit être considérée comme restrictive. En effet, dans plusieurs arrêts récents, le TFA a estimé, suivant l'avis de l'OCAI et contrairement aux arrêts du Tribunal de céans, que le TSD ou la fibromyalgie présenté par l'assuré(e) n'entraînait pas une limitation de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité.

Dans la plupart de ces cas, une expertise pluridisciplinaire du COMAI avait conclu à une incapacité de travail de l'assuré(e) entre 50% et 80% et celui-ci (celle-ci) présentait, en sus du TSD ou de la fibromyalgie, un état dépressif moyen, voire un trouble de la personnalité (ATFA du 20 mars 2006 cause I 644/04, du 22 février 2006 cause I 506/04, du 4 février 2006 cause I 580/04, du 29 novembre 2005 cause I 665/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 16 août 2005 cause I 539/04, du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04).

Seul le critère des affections corporelles chroniques a parfois été retenu (ATFA du 8 juin 2005 cause I 361/04, du 12 septembre 2005 cause I 497/04, du 24 août 2005 cause I 752/04, du 2 mars 2005 cause I 690/04), les autres critères n'étant pas admis.

8. a) En l'espèce, l'expertise de la Dresse U _____ remplit toutes les conditions pour qu'il lui soit reconnu pleine valeur probante au sens de la jurisprudence précitée. L'intimé a d'ailleurs adhéré à ses conclusions. En particulier, les critiques de la recourante à son encontre ne résistent pas l'examen.

En effet, tout d'abord l'experte ne constate pas elle-même une maladie de Forestier mais résume en page 8 de son expertise le dossier radiologique dont les radiographies de la colonne dorsale du 23 avril 2002, lesquelles mentionnent une éventuelle maladie de Forestier. A cet égard, questionné expressément par le Tribunal de céans sur les conséquences de l'existence de blocs ostéophytaires constatés sur les radiographies de la colonne dorsale, le Dr K _____, médecin rhumatologue traitant de la recourante, avait répondu le 11 mai 2006 que la maladie de Forestier était le plus souvent indolore ou peu douloureuse et que toutes les lésions radiologiques de la colonne vertébrale de la recourante ne pouvaient entraîner de fortes douleurs invalidantes et entraient dans le cadre d'un TSD. Cette constatation confirme le fait que les plaintes de la recourante ne relèvent pas de la maladie de Forestier. Par ailleurs, l'experte, pour rendre ses conclusions, a tenu compte de tout le dossier radiologique ainsi que des plaintes émises par la

recourante et effectué un examen clinique de la colonne dorsale et du rachis lombaire (expertise p. 5). L'expertise du CEM, en tenant compte des radiographies du 23 avril 2002, n'avait pas non plus fait état d'une affection ayant des conséquences sur la capacité de travail de la recourante. Celle-ci n'explique d'ailleurs pas en quoi la maladie de Forestier, suspectée en 2002, aurait des implications sur les douleurs alléguées, principalement au MSG et à la nuque, influence que son médecin-traitant, le Dr K_____, a lui-même exclue.

S'agissant des douleurs au pied droit, l'expertise du CEM, tout en soulignant les plaintes subjectives de l'assurée, relevait que l'évolution radiologique était tout à fait satisfaisante (p. 13, 16 et 17 de l'expertise CEM) ce que la Dresse U_____ a confirmé (expertise p. 14) tout en précisant qu'elles n'entraînaient pas de limitation fonctionnelle. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir une atteinte objectivable au pied droit d'un point de vue rhumatologique.

S'agissant de l'incapacité de travail, l'experte a précisé que l'état de santé était resté stationnaire depuis septembre 2005 (date de la décision de l'OCAI) jusqu'au jour de l'expertise et que les atteintes objectivables existaient depuis 2002. Il y a donc lieu de conclure que leur impact sur la capacité de travail de la recourante est identique entre le 20 janvier 2003, date du dépôt de la demande AI, jusqu'à ce jour.

S'agissant des activités ménagères, l'experte a précisé que la recourante pouvait faire la poussière, la vaisselle, ranger, remplir et vider les machines à laver le linge et la vaisselle, passer l'aspirateur sur de petites surfaces ainsi que porter les courses sans le MSG. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette évaluation pour retenir, comme le fait la recourante, qu'elle ne pourrait que vider les poubelles et faire la poussière, activités d'ailleurs mentionnées à titre exemplatif dans l'expertise du CEM. En toute hypothèse, s'agissant des postes achat, lessive, alimentation et entretien du logement, même si l'on devait suivre la recourante pour lui accorder les limitations qu'elle requiert, le calcul final du degré d'invalidité ne serait pas modifié dans une mesure telle qu'il donnerait droit à des prestations de l'assurance-invalidité, comme il sera exposé ci-après.

Enfin, il n'y a pas de contradiction dans le fait d'admettre une capacité de travail entière dans une activité adaptée d'un point de vue rhumatologique, tout en relevant, comme le fait l'experte, que, vu l'existence d'autres facteurs (méconnaissance du français et absence de formation), le pronostic de reprise d'une activité lucrative est réservé. La conclusion de l'experte rejoint également celle du CEM dès lors que le rapport de celui-ci précise que d'un point de vue rhumatologique la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité adaptée (rapport p. 16).

Il convient ainsi, d'un point de vue rhumatologique, de se fonder sur les conclusions de la Dresse U_____.

b) Du point de vue psychiatrique, figurent au dossier plusieurs avis médicaux, soit :

- Un rapport du 7 janvier 2003 de la Dresse L _____ attestant d'attaques de panique, troubles anxieux et dépressifs et un autre rapport du 15 février 2003 précisant la présence d'un trouble somatoforme, d'attaques de panique et d'un état dépressif moyen.
- Une expertise du CEM du 8 mars 2005 selon laquelle la recourante souffrait d'un trouble anxieux et dépressif mixte (épisode anxiodépressif chronique d'une intensité moyenne), d'un TSD et de probables attaques de panique.

Ces avis, d'ailleurs concordants, ont valeur probante. Or, les diagnostics psychiatriques permettent d'emblée d'exclure tout caractère invalidant au TSD, au vu de la jurisprudence restrictive susmentionnée et sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner une nouvelle expertise psychiatrique. En effet, les troubles anxieux et dépressif, les attaques de panique, ou encore un état dépressif moyen ne suffisent pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. A cet égard, les états dépressifs constituent généralement des manifestations réactives d'accompagnement des TSD de sorte qu'il ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé, sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 358; ATF A du 20 avril 2006, I 805/04).

S'agissant des autres critères, la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ne saurait être admise dès lors que, bien qu'elle s'isole à la maison et n'a pas de loisirs, la recourante vit en famille, avec son fils et son mari, voit quotidiennement sa belle-sœur ainsi qu'une amie. Elle souffre par ailleurs d'un isolement également lié à des facteurs socioculturels dès lors que, malgré dix ans passés à Genève, elle ne parle pas du tout le français (expertise CEM p. 11) et ne s'est jamais intégrée (expertise CEM p. 16). Si le critère des affections corporelles chroniques est bien réalisé (affection de l'épaule gauche), l'on ne saurait admettre l'échec de tous les traitements, l'introduction d'antidépresseurs tricycliques étant préconisée par les experts du CEM. Cette appréciation conduit à s'écarter de la conclusion de l'expertise du CEM selon laquelle la capacité de travail de la recourante est réduite à 50 %. Par ailleurs, les facteurs de mauvais pronostics cités, soit la chronicité des plaintes, le retrait social, la mauvaise intégration, le faible niveau éducationnel et l'absence de formation, entrent pour la plupart dans la définition des facteurs psychosociaux et socioculturels qui ne sauraient être pris en compte dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité de la recourante.

Au vu de ce qui précède, il convient de conclure à l'absence de caractère invalidant du TSD.

9. a) Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative qu'à temps partiel ou apportent une collaboration non rémunérée à l'entreprise de leur conjoint, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'ils se consacrent en

outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra déterminer la part respective de l'activité lucrative ou de la collaboration apportée à l'entreprise du conjoint et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative.

Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées).

Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2ter en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir 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, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide. 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).

b) En l'espèce, au moment où elle a été en incapacité totale de travail, soit en janvier 2002, Mme H_____ travaillait pour X_____ SA et JL Services à raison de dix heures par semaine pour chaque employeur plus, selon son contrat, quelques heures de fin de chantier. Selon ses propres déclarations, elle effectuait

quatre heures de nettoyage par jour. Il y a ainsi lieu de considérer qu'elle travaillait à 50 %. Même si elle a indiqué avoir travaillé à temps partiel en raison de son état de santé, rien ne laisse penser qu'elle aurait repris une activité professionnelle à plein temps, ce d'autant qu'elle n'a pas répondu au Tribunal sur ce point (demande du 27 juin 2006).

Il y a ainsi lieu de considérer que la recourante travaillerait, si elle était en bonne santé, à 50 % et de lui appliquer en conséquence la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

c) Le revenu sans invalidité se détermine 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 salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATFA du 24 avril 2006, I 276/05).

La recourante a été en incapacité de travail dès janvier 2002. Il convient ainsi de tenir compte du salaire qu'elle a effectivement réalisé en 2001, soit 8'192 fr. 15 auprès de X_____ SA ainsi que 8'398 fr. auprès de JL Services (soit 10h x 16 fr. 15 x 52 semaines). La somme des salaires réalisés en 2001 est ainsi de 16'590 fr. 15 pour une activité à 50 %. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour 2003 (3,2 %; La vie économique 3 - 2006 p. 91 - B 10.2), on obtient un revenu de 17'121 fr.

En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant des Enquêtes sur la structure des salaires (ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb).

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 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b).

En l'espèce, la recourante n'a plus travaillé depuis 2002. Il convient donc de se référer aux données salariales telles qu'elles résultent des ESS pour l'année 2003, moment de la naissance possible du droit à une rente. Compte tenu de l'activité exigible telle que décrite par l'experte (activité légère à 100 %, sans mouvements répétés, sans port de charge de plus de 5 kilos ni mouvements en élévation avec le MSG) il convient de prendre en compte un salaire mensuel brut de 3'820 fr., soit

annuel de 45'840 fr. correspondant au salaire mensuel brut des femmes pour une activité simple et répétitive dans le secteur privé en 2002 (ESS 2002, TA1, niveau de qualification 4).

Compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services énumérés dans l'ESS 2002, un certain nombre d'entre elles sont nécessairement légères et ne comportent pas de travaux tels que proscrits par l'experte (ATFA du 9 novembre 2006, I 876/05).

Plusieurs adaptations sont encore nécessaires. Afin de prendre en compte la durée moyenne du travail dans les entreprises en 2002 (41,7 heures selon La vie économique, 6/2004 p. 90, 13 9.2) les salaires bruts standardisés étant fondés sur un horaire hebdomadaire de 40 heures, on aboutit à un salaire de 47'788 fr., soit à 50 % de 23'894 fr. Compte tenu de la nationalité de la recourante, du fait qu'elle ne parle pas du tout français, de son âge et de ses limitations fonctionnelles, il convient de lui appliquer la réduction maximale de 25 %, de sorte que le revenu d'invalidité est de 17'920 fr. 50. Ce montant doit être porté à 18'171 fr. après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour 2003 (1,4 %, La vie économique op. cit). La comparaison des revenus donne un taux d'invalidité qui est nul dès lors que le revenu d'invalidité est supérieur de 1'050 fr. au revenu sans invalidité.

d) La détermination du degré d'invalidité des personnes qui assument des tâches ménagères résulte d'une enquête menée sur place. Elle repose dans une large mesure sur le comportement et les déclarations de la personne assurée, déclarations qui sont contrôlées jusqu'à un certain point grâce à l'expérience de la personne chargée de l'enquête. Le résultat de cette enquête aboutit nécessairement à une évaluation qui doit être appréciée par l'administration (et en cas de recours par le juge) à la lumière des conclusions du médecin relatives à l'incapacité de travail de l'assuré(e) dans l'accomplissement des tâches ménagères. En ce qui concerne l'examen auquel le juge doit procéder, il lui appartient ni plus ni moins de vérifier que les éléments particuliers pour la fixation du degré d'invalidité ont été établis très soigneusement (ATF 114 V 313 consid. 3a, dernier paragraphe). Dans certains cas, le TFA a précisé qu'une estimation par un médecin de l'incapacité de travail de l'assuré dans ses tâches ménagères est nécessaire (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATF du 22 février 2002 I 194/01).

En l'espèce, l'on peut se fonder sur l'estimation faite par l'experte quant aux empêchements rencontrés par la recourante dans ses activités ménagères. Quoiqu'il en soit, même si l'on tient compte des critiques émises par la recourante, et notamment celle relevant de l'absence d'enquête à domicile, également soulevée par l'intimé, et que l'on accepte les taux d'empêchement tels que décrits par la recourante, le taux d'invalidité auquel on abouti ne donne pas droit à une rente.

En effet, l'experte aboutit à un taux d'invalidité de 31 %, soit, pour une activité à mi-temps, de 15,5 %. Le taux d'invalidité globale doit en conséquence être fixé à 15,5 % (0 % + 15,5 %). Or, même si l'on prenait en considération les critiques de la recourante quant aux limitations établies par l'experte, lesquelles aboutissent à des taux supérieurs dans plusieurs domaines d'activité (soit 60 % pour l'alimentation, 95 % pour l'entretien du logement, 70 % pour les achats et 90 % pour la lessive et l'entretien de vêtements), le taux d'invalidité dans le ménage serait arrêté à 60 %, soit à 30 % pour une activité à 50 %, taux également insuffisant pour ouvrir le droit à une rente (0 % + 30 %).

10. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

**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. 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

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