RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1011/2004 **ATAS/1048/2004**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

6ème chambre

du 13 décembre 2004

En la cause

Madame F_____, comparant par Me Serge ROUVINET en l'Etude duquel elle élit domicile. recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, rue de Lyon 97, Genève intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Doris WANGELER, Juges.

EN FAIT

1. Madame F_____, ressortissante suisse par naturalisation, est née en 1942 au Brésil et s'est installée en Suisse en 1971.

2. Après avoir exercé diverses activités professionnelles et bénévoles, l'assurée a totalement cessé de travailler en 1990. En 1994, un cancer du sein gauche a été diagnostiqué et a nécessité une intervention chirurgicale suivie de radiothérapie et de chimiothérapie. Par la suite, l'assurée a souffert de divers problèmes de santé.

3. Dans un certificat médical du 10 août 1999, les Dr A_____ et B_____, du Département de médecine interne de l'Hôpital cantonal, ont posé le diagnostic principal de décompensation cardiaque sur cardiopathie hypertensive. L'assurée avait dû être hospitalisée du 24 juillet au 5 août 1999. Elle était connue de longue date pour une hypertension artérielle et un traitement antihypertenseur avait été instauré à la sortie.

4. Le 23 janvier 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) visant à l'octroi d'une rente en raison d'un cancer, de pneumonie, d'œdème pulmonaire, d'angine de poitrine et de problèmes d'adaptation de traitement.

5. Le 1er mai 2001, le Dr C_____, radiologue, a indiqué dans un certificat médical avoir procédé à un scanner thoraco-abdominal et a livré ses conclusions concernant le thorax et l'abdomen. Le contrôle tomodensitométrique thoraco-abdominal était stable depuis 1998, sans image suspecte apparue dans un contexte de traitement conservateur d'un cancer du sein gauche.

6. Le 27 juin 2001, le Dr D_____, médecin traitant de l'assurée, a indiqué à l'OCAI que sa patiente était totalement incapable de travailler depuis le 1er juillet 1994, principalement en raison d'hypertension artérielle labile, status après cancer du sein gauche, status après décompensation cardiaque et asthénie d'origine inconnue. Elle souffrait également de status après broncho-pneumonie, de trouble digestif d'origine indéterminée et d'insomnie. Toute activité prolongée était impossible en raison d'une perturbation de la mémoire à court terme, d'un mal-être général et d'une fragilité globale. Le pronostic était réservé.

7. Le 10 juillet 2001, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a rendu un avis médical, aux termes duquel l'assurée présentait des pathologies somatiques sans répercussion sur la capacité de travail. Une pathologie psychique semblait être la cause de l'incapacité de travail, de sorte qu'il y avait lieu d'effectuer une expertise psychiatrique.

8. En date du 15 avril 2003, le Dr E_____, psychiatre, a rendu une expertise psychiatrique de l'assurée à la demande de l'OCAI, laquelle lui a permis de diagnostiquer des troubles mixtes de la personnalité, un trouble somatoforme indifférencié et un status post cancer du sein gauche, post chimiothérapie et radiothérapie. Les troubles de la personnalité mixte étaient composés de traits hypocondriaques, de traits de dépendance et de traits de personnalité type « borderline ». Ces troubles paraissaient relativement discrets et pouvaient entrer dans le cadre d'une personnalité atypique trouvant des modes d'insertion sociale en marge de la norme, au prix quand même de symptômes psychosomatiques plus ou moins handicapants, dont l'asthénie présente depuis 1990. Le pronostic paraissait réservé, l'assurée semblant inaccessible à un traitement psychothérapeutique. Le médecin traitant avait tenté à plusieurs reprises de soutenir sa patiente pour qu'elle reprenne une activité et s'était à chaque fois heurté à des recrudescences importantes des symptômes psychosomatiques. La rente paraissait justifiée médicalement par le trouble somatoforme et par les troubles de la personnalité dont souffrait l'assurée. Ces troubles constituaient une entrave à la réinsertion professionnelle. Il ne semblait pas que l'on puisse exiger de l'assurée qu'elle améliore sa capacité de travail actuelle.

9. Le 27 mai 2003, le SMR a demandé des renseignements complémentaires à l'expert, car il manquait « d'éléments assécurologiques pour pouvoir le suivre sur le terrain de l'incapacité de travail ».

10. Le 13 juin 2003, le Dr E_____ a répondu qu'il lui était difficile de donner plus de renseignements que ceux qu'il avait fournis dans son rapport, « Les troubles de la personnalité avaient probablement exercé leurs effets sur le mode d'insertion sociale original de l'expertisée qui avait su trouver jusque là des conditions de vie qui la soustrayait aux exigences normales d'une existence active. C'était notamment le cas dans le domaine du travail où l'expertisée n'avait pas exercé d'activité régulière et rémunérée depuis une douzaine d'années. En raison des souffrances mal systématisées dont se plaignait Mme F_____, au vu également de sa trajectoire et de sa personnalité, le pronostic quant à une capacité de travail lui semblait extrêmement sombre. En ce sens là, il y avait perte d'intégration sociale. Pour le reste, s'il reprenait la formulation du SMR à la lettre, il ne pouvait attester en effet d'une « personnalité franchement décompensée ». Par contre la chronicité des troubles de la personnalité lui paraissait patente, ces troubles étant fixés au sens d'une organisation de la personnalité et d'autre part ces troubles n'étaient pas accessibles à une thérapie. Enfin, une demande de soins psychiatriques de la part de l'expertisée était inexistante en raison de l'anosognosie de celle-ci quant à la participation psychogène aux troubles somatoformes dont elle souffrait ». Dans la mesure où l'assurée avait cessé de travailler depuis une douzaine d'années et que le pronostic semblait extrêmement sombre, il existait une perte d'intégration sociale. L'expert déclarait comprendre les hésitations du SMR

sur la légitimité d'une mise au bénéfice de rente, mais il n'était pas en mesure d'apporter d'éléments plus décisifs. Il semblait toutefois clair que l'assurée ne pourrait pas s'inscrire dans un environnement professionnel normal, en raison de ses souffrances de type somatoforme et de sa personnalité « limite ».

11. Le 18 août 2003, le SMR a constaté que le trouble somatoforme douloureux présenté par l'assurée ne s'accompagnait pas d'une comorbidité psychiatrique importante et que la personnalité de l'assurée n'était pas franchement décompensée. Il n'existait pas de réelle perte d'intégration, mais un mode de vie particulier. En ce sens, il n'existait pas de pathologie invalidante. Seule l'existence de troubles digestifs vagues et d'une fatigue amenaient le SMR à retenir une diminution de 15 % du rendement, de sorte que la capacité de travail était fixée à 85 %.

12. Par décision du 6 octobre 2003, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée, pour le motif qu'elle ne souffrait d'aucune pathologie invalidante selon les conclusions de l'expertise. La reprise d'une activité lucrative n'était empêchée que par l'existence de troubles vagues.

13. Par courrier du 22 octobre 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision. Des troubles périodiques s'étaient manifestés après le traitement de son cancer du sein, soit des troubles de la digestion, de l'hypertension, des crises d'acidité avec déformation des doigts de la main, des douleurs dorsales, de l'épaule et du bras, de la nuque et du cou ainsi que d'autres symptômes, auxquels s'ajoutait l'interruption chimique de la ménopause. Elle avait également souffert d'une pneumonie en 1998 et fait une décompensation cardiaque en 1999 avec œdème pulmonaire et angine de poitrine. Par ailleurs, depuis la fin de l'année 2001, les troubles liés au métabolisme digestif étaient devenus chroniques. L'OCAI n'avait abordé que l'aspect psychiatrique et n'avait jamais fait examiner l'assurée par d'autres spécialistes, par exemple en oncologie ou sénologie.

    Dans un certificat médical du 23 octobre 2003 joint à l'opposition, le Dr D_____ a rappelé que sa patiente avait souffert d'un adénocarcinome du sein gauche en 1994 traité chirurgicalement, puis par radiothérapie et chimiothérapie. Divers autres problèmes de santé s'étaient présentés par la suite.

14. Par avis médical du 24 novembre 2003, le SMR a indiqué que ce certificat n'apportait aucun élément nouveau et qu'il ne faisait pas la preuve d'une aggravation de son état de santé.

15. Le 24 décembre 2003, l'assurée a transmis à l'OCAI un nouveau rapport du Dr D_____, qui comprenait une narration détaillée de l'histoire médicale de sa patiente. Après le carcinome soigné chirurgicalement puis par chimiothérapie et radiothérapie, la patiente avait présenté toute une série d'effets secondaires relativement invalidants (vomissements, nausées, diarrhées, douleurs abdominales,

toxicité de la ligne sanguine, hépatique, phlébites, épistaxis). Puis par la suite étaient apparus une asthénie, des insomnies, des troubles du transit, des arthralgies, des urticaires, une hyperpigmentation, une déformation des ongles, une ménopause précoce et surtout une pneumonie et une cardiopathie restrictive et hypertensive. L'objectif avait toujours été de reprendre une activité professionnelle, mais l'état de santé et les nombreuses intolérances médicamenteuses ne l'avaient pas permis.

16. Par avis médical du 18 février 2004, le SMR a indiqué que l'assurée n'apportait aucun élément nouveau. Les conclusions et la position du SMR restaient inchangées.

17. Par décision sur opposition du 15 avril 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale, au vu des conclusions du SMR.

18. Par acte du 13 mai 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OCAI pour qu'il mette en œuvre une expertise. Son droit d'être entendu avait été violé en ce sens qu'elle n'avait pas pu se prononcer sur la procédure probatoire ni sur l'expertise et qu'elle n'avait pas reçu une copie de son dossier avant l'échéance du délai de recours. De plus, la décision n'était absolument pas motivée, ni l'administration ni le SMR ne s'étant prononcés sur l'argumentation développée dans l'opposition. Le Dr E_____ n'avait aucune connaissance dans les domaines de spécialisation pertinents en l'espèce. Enfin, les quelques pièces médicales à sa disposition tendaient à démontrer qu'elle n'était pas en mesure de reprendre une activité lucrative. Si le Tribunal arrivait à la conclusion que le dossier n'était pas suffisamment complet, il conviendrait d'ordonner une expertise, qui serait conduite par un médecin à même d'apprécier sa pathologie, soit un spécialiste en sénologie, oncologie et des effets liés à la chimiothérapie et à la radiothérapie.

19. Conformément à la demande de la recourante, le Tribunal de céans lui a accordé un délai complémentaire pour compléter son écriture.

20. Par préavis du 15 juin 2004, l'OCAI a conclu au rejet du recours. S'agissant du droit d'être entendu, l'assurée avait demandé une copie de son dossier le 30 avril 2004 et l'OCAI s'était exécuté le 13 mai. La décision était dûment motivée, puisqu'elle mentionnait les raisons pour lesquelles aucune atteinte à la santé invalidante n'avait pu être reconnue. Par ailleurs, un certain temps s'était écoulé entre le dépôt de la demande et la décision en raison du fait que l'assurée elle-même avait souhaité surseoir à l'expertise psychiatrique. Son droit d'être entendu n'avait donc pas été violé. Pour le surplus, il apparaissait que le Dr E_____ était parfaitement qualifié pour évaluer l'éventuelle atteinte à la santé et ses conséquences sur la capacité de gain. Selon la note du SMR, l'existence d'une atteinte psychiatrique invalidante ne pouvait être admise en l'espèce. Enfin, tous les

éléments médicaux présentés par l'assurée avaient été pris en considération dans l'évaluation de la capacité de travail exigible.

21. Le 12 juillet 2004, l'assurée a fait parvenir au Tribunal de céans un mémoire complémentaire au recours, ainsi qu'une réplique.

    Dans son mémoire complémentaire, l'assurée a relevé que les conclusions tirées des pièces médicales du dossier par le SMR étaient insoutenables, dans la mesure où de nombreux problèmes de santé avaient été diagnostiqués par différents spécialistes. Pour des raisons inexpliquées, l'OCAI avait décidé de mandater un expert psychiatre, ce qui était surprenant car aucun spécialiste ne s'était penché sur ses nombreux problèmes physiques. L'expert psychiatre avait également conclu que l'état psychique de la recourante ne lui permettait pas d'exercer une activité lucrative. Vu l'état physique et psychique de la recourante, l'OCAI avait purement et simplement décidé d'ignorer la possibilité qu'elle puisse bénéficier d'une rente d'invalidité. Les pièces versées au dossier démontraient donc clairement que l'état physique et psychique de la recourante la rendait incapable de travailler, raison pour laquelle la décision de refus de rente était arbitraire.

    Dans sa réplique, la recourante a répété que son droit d'être entendu avait été violé dans la mesure où le dossier lui avait été envoyé avec retard par l'OCAI et parce que la décision n'était pas motivée. L'appréciation psychique de la patiente n'était utile qu'à titre subsidiaire. En l'espèce, c'était bien plutôt les effets invalidants sur le plan physique qui devaient conduire au versement d'une rente entière d'invalidité.

22. Par duplique du 17 août 2004, l'OCAI a relevé que le Dr D_____ avait admis qu'une éventuelle invalidité de sa patiente devait être recherchée sur le plan psychiatrique. Sur la base de l'expertise du Dr E_____ et de la jurisprudence concernant les troubles somatoformes, aucune invalidité ne pouvait être admise en l'espèce. Pour le surplus, aucune incapacité de travail n'était établie sur le plan psychique, raison pour laquelle l'OCAI persistait dans ses conclusions.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Le cas d'espèce reste toutefois régi par les dispositions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel, en cas de changement de règles de droit, la législation applicable reste celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 127 V 467, consid. 1 ; 126 V 166).

   En matière de procédure toutefois, les dispositions de la LPGA s'appliquent à tous les cas dès son entrée en vigueur.

3. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

4. Préalablement, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu.

   La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 56 consid. 2b, 127 III 578 consid. 2c, 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATFA non publié du 6 août 2002 en la cause C 91/02 ; ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a).

   Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 124 II 137 consid. 2b, 114 Ia 100 consid. 2c). Encore qu'elle ne soit pas obligée de les renseigner sur chaque production de pièces, car il suffit qu'elle tienne le dossier à leur disposition (ATFA non publié du 25 octobre 2002 en la cause I 250/02 ; ATF 112 Ia 202 consid. 2a).

   En l'espèce, la recourante invoque la transmission tardive par l'intimé du dossier. Celle-ci ayant largement pu s'exprimer devant le Tribunal de céans dans son recours et le complément de celui-ci, l'éventuelle violation du droit d'être entendu a été réparée.

   Pour le surplus, la décision sur opposition est certes sommairement motivée mais l'office intimé a tout de même mentionné les motifs sur lesquels il a fondé sa décision, c'est à dire les conclusions du rapport du SMR, ce qui suffit à rejeter le grief du défaut de motivation.

Ainsi, le grief relatif à la violation du droit d'être entendu doit être rejeté.

5. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité au sens de la présente loi est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique, ou mentale provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'alinéa 2 précise que l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

   Le droit à la rente est déterminé par l'art. 28 al. 1er LAI qui dispose que l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 pour cent au moins. La rente est entière pour une invalidité de 66 2/3 % au moins, elle est d'une demie pour une invalidité de 50 % au moins et d'un quart pour une invalidité de 40 % au moins, en vertu du deuxième alinéa.

6. Selon la jurisprudence, des troubles somatoformes douloureux peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt N. du 12 mars 2004, destiné à la publication, I 683/03, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). 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 (arrêt N. précité, consid. 2.2.2).

   Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre qu'une limitation de la capacité de travail revêt un caractère invalidant (arrêt N. précité consid. 2.2.3; Ulrich Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung, in : René Schauffhauser/Franz Schlauri (éd.), Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 64 sv., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. p. 81 sv.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle

sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi Meyer-Blaser, op. cit. p. 83) - plus raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 sv. consid. 2b et les références; arrêt N. précité consid. 2.2.3 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques ou d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; arrêt N. précité, consid. 2.2.3 in fine; Meyer-Blaser, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss).

7. Le risque couvert par l'assurance-invalidité et donnant droit à des prestations est basé sur des faits médicaux. Pour juger des questions juridiques qui se posent, les organismes d'assurance et les juges des assurances sociales doivent dès lors se baser sur des documents qui sont établis essentiellement par des médecins (ATF 122 V 158). Ils peuvent ainsi se baser sur les rapports demandés par l'office AI aux médecins traitants, sur les expertises de spécialistes extérieurs et sur les examens pratiqués par les centres d'observation créés à cet effet (art. 69 al. 2 et 72bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Les offices AI ne procéderont pas à des examens médicaux sur la personne des assurés. L'office fédéral peut cependant accorder à ceux qui, dans le cadre d'un projet pilote d'une durée limitée, mettent en place des services médicaux communs aux fins d'examiner les conditions médicales du droit aux prestations la compétence de procéder au sein de ces services à des examens médicaux sur la personne des assurés (art. 69 al. 4 LAI).

Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, 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 15).

Dans un arrêt récent (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que 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 un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATFA non publié du 29 octobre 2003 en la cause I 321/03 ; ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

8. En l'espèce, la décision de refus de rente est basée exclusivement sur l'expertise psychiatrique du Dr E_____, lequel a diagnostiqué un trouble somatoforme indifférencié, ainsi que des troubles de la personnalité. A l'issue de son expertise, l'expert a conclu que l'assurée était totalement incapable de reprendre une activité lucrative. L'OCAI, appliquant la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de troubles somatoformes douloureux, est arrivé à la conclusion que les troubles dont souffrait l'assurée ne pouvaient pas être reconnus comme invalidants.

   A la lecture de l'expertise, on constate que celle-ci n'est pas suffisamment détaillée pour pouvoir se prononcer sur les critères jurisprudentiels précités, ce que l'OCAI avait d'ailleurs remarqué puisqu'il a demandé un complément d'information au Dr E_____, lequel y a partiellement répondu.

Au demeurant, le dossier médical de la recourante révèle la présence de nombreuses atteintes à la santé physique, qui n'ont absolument pas été prises en compte par l'administration, laquelle a conclu à la lecture des certificats du médecin traitant que la cause des problèmes de santé de l'assurée devait être recherchée dans des pathologies psychiques uniquement. Or, s'il est vrai que le médecin traitant de l'assurée, le Dr D_____, a indiqué qu'il serait intéressant d'avoir un avis de spécialiste sur l'état psychique de sa patiente, il a également justifié une incapacité totale de travailler pour des raison physiques. Il est donc erroné d'affirmer comme le fait l'OCAI, que le Dr D_____ aurait relevé que la cause de l'incapacité de travail était à rechercher dans une pathologie psychiatrique uniquement. S'agissant des affections physiques, les rapports médicaux versés au dossier font état d'un carcinome soigné chirurgicalement puis par chimiothérapie et radiothérapie, suivi de toute une série d'effets secondaires invalidants (vomissements, nausées, diarrhées, douleurs abdominales, toxicité de la ligne sanguine, hépatique, phlébites, épistaxis). Par la suite sont apparus une asthénie, des insomnies, des troubles du transit, des arthralgies, des urticaires, une hyperpigmentation, une déformation des ongles, une ménopause précoce et surtout une pneumonie et une cardiopathie restrictive et hypertensive.

Il ressort de ce qui précède que l'état de santé de l'assurée ne peut être évalué correctement en l'état du dossier tant sur le plan physique que psychique. Ce motif suffit à justifier un renvoi de la cause à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Ce complément d'instruction à mettre en œuvre devra se dérouler dans un cadre pluridisciplinaire, soit une expertise COMAI de manière à établir, le cas échéant, l'existence d'une incapacité de travail en raison d'atteintes à la santé physique et/ou psychique.

9. Le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition de l'OCAI annulée et la cause renvoyée à celui-ci pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.

   Une indemnité de fr. 1'500.- sera allouée à la recourante.

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. L'admet partiellement.

3. Annule la décision de l'OCAI du 15 avril 2004.

4. Renvoie la cause à l'OCAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

5. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de fr. 1'500.-.

6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière :	La Présidente :
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

Le secrétaire-juriste :
Marius HAEMMIG

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