RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2471/2004 **ATAS/1056/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 6 décembre 2005

En la cause

Madame D_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER FÜLLEMANN Monique	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13	intimé

Siégeant : Madame Isabelle DUBOIS, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK , Juges

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après la recourante), née en mars 1960, a déposé le 8 octobre 2002 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant une orientation professionnelle et une rente. Elle mentionnait une très forte dépression depuis trois ans, des vertiges, un mal au dos et à l'épaule gauche, et d'autres maladies dont elle ignorait le nom, depuis le mois d'avril 2001.

2. A l'époque de la demande, l'OCAI disposait des pièces suivantes: un examen radiologique du 11 avril 2001, faisant état de cervicalgies chroniques avec douleurs irradiant dans le territoire C7-C8 gauche; l'examen était sans anomalie notable, mais une certaine raideur du rachis cervical était constatée; un rapport de radiologie de la permanence de la Tour du 11 avril 2002, concluant à un examen cérébral morphologiquement dans la limite de la norme; un rapport du Dr A_____, spécialiste ORL du 17 mai 2002, qui est consulté en raison des importantes céphalées, vertiges et fatigue dont souffrait la recourante, qui exclut une sinusite active et met les troubles sur le compte d'un problème orthostatique ou secondaire à l'état dépressif; un rapport du Dr B_____, spécialiste FMH psychiatrie et psychothérapie, du 4 novembre 2001, posant les diagnostics d'épisode dépressif moyen et fibromyalgie, tous deux apparus en 1999, aggravés en 2001, générant une incapacité de totale de travail depuis le 15 mai 2001.

   Par ailleurs, sollicité par l'OCAI, le Dr C_____, médecin traitant de la recourante, diagnostique le 12 novembre 2002 uns suspicion de fibromyalgie avec 12 points douloureux présents, une périarthrite de l'épaule gauche, un état dépressif sévère depuis environ trois ans et générant une incapacité totale de travail depuis le 16 mai 2001. S'y ajoutent un colon spastique et des migraines sans conséquences sur la capacité de travail.

3. Le service médical régional AI (ci-après SMR LEMAN) a procédé à un examen clinique pluridisciplinaire de la recourante, en date du 30 avril 2004. En résumé, le SMR LEMAN conclut à une incapacité de travail de 30% au maximum, et uniquement depuis l'aggravation de l'état de santé en janvier 2004. Il se questionne tout de même sur les deux tentatives de suicides de la recourante et ses quatre courtes hospitalisations en milieu psychiatrique ainsi que sur le diagnostique retenu par la Clinique de la Métairie et par eux-mêmes, soit trouble de l'adaptation uniquement. Il ne comprend pas le diagnostic posé par le Dr B_____ ni l'évaluation d'une incapacité de travail totale. Sur le plan somatique, la capacité de travail, actuellement de 70 à 80%, est entière pour une activité adaptée au limitations fonctionnelles, avec une période de diminution de rendement de l'ordre de 20 à 30%. Les médecins du SMR relèvent une tendance à la manipulation et à la victimisation et expriment des doutes quant à la gravité de la pathologie anxio-dépressive entre 2001 et 2004. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de

travail sont : tendinopathie du sus-épineux gauche, trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, fibromyalgie.

4. Sur la base de cet examen, l'OCAI a rendu une décision le 2 juillet 2004 refusant toute prestation à la recourante. Suite à son opposition le 12 juillet 2004, l'OCAI a confirmé sa position par décision sur opposition du 3 novembre 2004.

5. Dans son recours du 3 décembre 2004, la recourante réclame la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, déjà préconisée par plusieurs de ses médecins. Elle se réfère à la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après TFA) relative aux troubles somatoformes douloureux, et produit des rapports médicaux complémentaires, d'une part de la Clinique de la Métairie, d'autre part du Dr E_____, enfin de son médecin traitant.

6. Dans sa réponse du 2 mars 2005, l'OCAI conclut au rejet du recours. Selon le SMR LEMAN, les rapports médicaux produits en cours de procédure ne modifient en rien les conclusions de l'examen bi-disciplinaire.

7. Le Tribunal a ordonné la comparution des mandataires, qui s'est tenue en date du 19 avril 2005. A cette occasion, les parties ont convenu qu'une expertise psychiatrique était nécessaire en raison des nombreuses hospitalisations de la recourante et du fait que les critères du TFA relatifs aux troubles somatoformes douloureux n'avaient pas été examinés. Les parties se sont mises d'accord sur la personne du Dr F_____, psychiatre, pour procéder à l'expertise, de sorte qu'une ordonnance d'expertise a été rendue par le Tribunal de céans le 20 mai 2005.

8. L'expert psychiatre a rendu son rapport le 28 septembre 2005. Après avoir procédé à l'anamnèse familiale, personnelle et socio-professionnelle de la recourante, l'expert a examiné ses plaintes et descriptions subjectives. Il a procédé ensuite à un résumé de l'historique médical. Il reprend en particulier les différentes hospitalisations de la recourante, non volontaires en date du 12 février 2004 pour une durée de 5 jours où un épisode dépressif moyen a été retenu, non volontaire à nouveau entre le 24 et le 27 février pour intoxication volontaire par des sédatifs et autres psychotropes, à nouveau non volontaire entre le 1er et le 3 mars 2004 en raison d'un risque de dangerosité pour elle-même, puis hospitalisation volontaire à la Métairie entre le 3 mars et le 25 mars 2004, où des troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressives sont retenues. La recourante est en outre examinée à l'Hôpital de Nyon en raison d'un malaise d'origine vagale. A cette occasion, la patiente est décrite comme ayant un comportement alimentaire pathologique (anorexie et vomissements), triste, asthénique, anédonique, aboulique avec un sentiment de découragement. Elle est à nouveau hospitalisée de façon volontaire entre le 9 et 10 avril 2004. La recourante étant suivie régulièrement par le Service de psychiatrie adulte du Département psychiatrie des HUG, le Dr E_____, chef de clinique, atteste le 1er décembre 2004 de troubles mentaux et de comportement liés à l'utilisation d'alcool, d'un syndrome de dépendance,

utilisation épisodique, d'état dépressif moyen, d'une personnalité émotionnellement labile, type Borderline, et de fibromyalgie. En outre, le Dr Nicolas BUCH, rhumatologue, atteste le 4 juillet 2005 être frappé par l'intensité de l'état dépressif de sa patiente, qualifié de sévère.

L'expert a procédé ensuite aux observations cliniques, effectuées lors de deux entretiens. La recourante frappe l'expert par sa thymie, quasiment identique lors des deux rendez-vous, triste, déprimée, d'une humeur négative linéaire, avec des velléités d'idées suicidaires, abattue sous le poids de l'ensemble de ses problèmes, ainsi qu'au niveau corporel, car elle est très marquée avec des cernes impressionnants, une physionomie de migraineux, une voix rauque, cassée et repliée sur elle-même. L'expert a procédé selon le système AMDP (échelle psychopathologique de l'association internationale pour la méthodologie et la documentation en psychiatrie), qui conduit à un tableau psychopathologique très chargé. Il existe une répartition typique pour un état dépressif avec présence d'importants éléments anxieux, mais il y a une bonne concordance entre observations et plaintes énoncées (cf. page 17 à 19 de l'expertise). Après entretien avec les Drs G_____ et H_____, du centre de thérapie brève à Genève, l'expert fait part de ses constatations. En particulier, il revient sur le terme de manipulatrice qui a été utilisé à l'égard de la recourante pour l'écarter en s'étonnant que cette appréciation ait été reprise sans réflexion critique suffisante à différentes reprises. En particulier, on ne peut pas relativiser un si grand nombre d'hospitalisations. Sinon, la recourante est décrite dans les différents rapports médicaux de façon proche du constat qu'il a fait lui-même : un état anormal de ralentissements, de tristesse immuable, d'anxiété massive, dans une perspective de vie sombre et réduite. Elle est compliante à la médication. L'expert a produit l'examen des critères SIM-10 d'un épisode dépressif, et a conclu à l'existence, selon ces critères, d'un état dépressif d'ordre sévère. Il constate que la recourante est non seulement dans une totale incapacité de travailler, mais également dans une incapacité, voire une difficulté d'agir tout court. A ce stade, elle nécessiterait une hospitalisation en bonne et due forme, suffisamment longue et incisive pour créer enfin une amélioration (cf. page 26 de l'expertise). L'expert examine ensuite les critères d'observation dans les troubles somatoformes selon MOSIMANN et constate une perte d'intégration sociale en grande partie; les douleurs sont au second plan lors de l'examen; il n'y a pas divergence entre anamnèse et observation; la recourante demande des soins; il n'y a pas de plainte qui laisse l'expert insensible, il y a une bonne concordance entre les énoncés et les observations de l'expert. Il n'y a pas de structure de personnalité à trait prémorbide. Il y a des conflits émotionnels, des problèmes psychosociaux importants et une comorbidité psychiatrique importante. L'expert conclut, dans cette situation, à une "comorbidité psychiatrique nette", les critères pour un trouble somatoforme étant remplis.

L'expert diagnostique ainsi des troubles dépressifs récurrents, épisode actuel entre niveau moyen et sévère, des troubles mentaux et des troubles du comportement liés

à l'utilisation d'alcool (syndrome de dépendance avec utilisation continue), une anxiété généralisée, un syndrome somatoforme douloureux persistant. L'expert constate une comorbidité psychiatrique "majeure évidente", ainsi que "d'importants troubles de l'alimentation avec tendance à l'anorexie mentale". La recourante présente depuis longtemps d'importants troubles psychiatriques qui se sont accentués et rigidifiés, qui l'empêchent en ce moment et pour un temps non prévisible de s'insérer normalement dans le circuit économique et de vie. L'impératif du moment est du côté du traitement où on peut obtenir une amélioration sensible. En réponse aux différentes questions complémentaires du Tribunal, l'expert indique que l'on ne peut distinguer les différents diagnostics en termes d'incapacité de travail, car il s'agit d'une souffrance globale. S'agissant de l'incapacité de travail durable, l'expert indique ne pas avoir de raison de s'écarter "des différentes périodes d'incapacité de travail stipulées par le médecin traitant et le médecin psychiatre, ainsi que les différentes institutions qui se sont occupées d'elle". L'alcool a pris de l'importance depuis l'année passée dans la symptomatologie, et est utilisé principalement pour couper massivement son anxiété. Au stade actuel, il n'y a aucune réadaptation professionnelle à envisager. La capacité de travail de l'assurée peut, d'un point de vue médico-théorique, être améliorée par les mesures mentionnées dans l'expertise, mais préalablement grâce une hospitalisation avec changement d'antidépresseurs, maîtrise du problème d'insomnie, sevrage d'alcool, maîtrise de l'anxiété, et encadrement professionnel des enfants de la recourante. Il y a donc une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. L'assurée a perdu en grande partie les contacts habituels à une vie sociale, elle vit de manière retirée et pathologique, la plupart du temps dans son appartement. L'état psychique est cristallisé dans le sens des diagnostics mentionnés, bien qu'une évolution soit possible sur le plan thérapeutique. Certains moyens thérapeutiques restent en effet à disposition. Les manifestations douloureuses ne sont pas au premier plan, c'est la "massivité" de l'état dépressif et anxieux qui s'est imposé. Il est théoriquement possible d'imaginer que l'assurée puisse, à un moment donné et après l'application d'efforts considérables, dépasser le stade clinique actuel. Ceci sous-entend la résolution définitive de son problème de couple, la fin des menaces financières existentielles, la préservation de la santé de ses enfants, le dépassement de son état dépressif ainsi qu'une mobilisation de ses réserves et ressources contre ses tendances de dépendances. Ainsi, un pronostic définitif ne peut pas être émis.

9. Par ordonnance du 12 octobre 2005, le Tribunal a transmis aux parties un exemplaire du rapport d'expertise et leur a fixé un délai au 4 novembre 2005 pour écritures sur expertise.

10. Par écriture du 18 octobre 2005, la recourante demande que les conclusions de l'expertise soient suivies, qu'une incapacité de travail de 100% soit retenue depuis le mois de mai 2001, et que par conséquent une rente entière d'invalidité lui soit accordée, avec suite de dépens.

En revanche, l'OCAI a conclu le 31 octobre 2005 au renvoi du dossier aux fins de procéder au calcul d'une rente entière depuis le 1er janvier 2005 seulement, considérant qu'il ressort de l'expertise une aggravation de l'état de santé depuis le mois de juillet 2004. Pour le surplus il se réfère à l'évaluation du SMR LEMAN selon avis médical du 17 octobre 2005, qui relève une incapacité de travail injustifiable du point de vue médico-juridique entre 2001 et 2004.

11. Après transmission de ces écritures aux parties par pli du 4 novembre 2005, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 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. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959.

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

4. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

5. La question litigieuse est de savoir quelle est la capacité de travail de la recourante, et si, le cas échéant, les affections dont elle souffre sont invalidantes au sens de l'assurance-invalidité. L'OCAI considère que tel n'est le cas qu'à partir du 1er janvier 2005, soit après un délai de carence d'un an, considérant que l'état de santé de la recourante s'est aggravé et qu'elle remplit les conditions d'octroi d'une rente entière à partir de 2004. La recourante, au contraire, considère que son incapacité de travail est totale depuis la mi-mai 2001, et est du ressort de l'AI, puisque les critères exigés par la jurisprudence sont retenus. Elle souhaite que le Tribunal suive les conclusions de l'expertise F_____.

6. Il convient préalablement de rappeler que, s'agissant de l'établissement des faits, selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

   Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le TFA 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 le 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. 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.

   Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

   Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les

aspects médicaux d'un état de fait donné. Peut constituer une raison de s'écarter de l'expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, 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.

Par ailleurs, parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge pas l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

S'agissant des troubles somatoformes douloureux, dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge en cas de litige) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés par la jurisprudence - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352 consid.2.2.4. et les arrêts cités).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en oeuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent (art. 40 PCF en liaison avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 en liaison avec 113 et 132 OJ; VSI 2001 p.

108 consid. 3a), l'administration et le juge 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.5).

7. En l'espèce, le Tribunal constate que l'expertise du médecin psychiatre F_____ remplit toutes les exigences jurisprudentielles et a donc pleine force probante. Très détaillée et complète, elle est par ailleurs bien argumentée, bien documentée, claire et convaincante. Cette expertise doit par conséquent primer sur l'examen pluridisciplinaire effectué par le SMR LEMAN, qui n'a de loin pas la valeur probante nécessaire. C'est en effet en raison du peu de conviction que ses conclusions généraient que le Tribunal a mis en œuvre, en accord avec les parties, l'expertise psychiatrique. C'est également en raison du fait qu'il minimisait les nombreuses hospitalisations psychiatriques et tentatives de suicides de la recourante que ses conclusions ne pouvaient être suivies.

   Or, le Dr F_____ démontre d'une part que les critères jurisprudentiels rappelés ci-dessus sont remplis en l'espèce, de sorte que le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux dont souffre la recourante doit être retenu, d'autre part, que s'agissant de l'incapacité de travail, il n'y a pas de raison de s'écarter de l'évaluation du médecin traitant, du médecin traitant psychiatre et des différentes institutions ayant suivi la recourante, qui toutes fixent cette incapacité totale de travail à la mi-mai 2001. C'est dès lors dès cette date que le délai de carence d'un an sera compté, de sorte que la recourante devra être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès le 16 mai 2002. A noter que l'OCAI admet lui-même le droit à une rente et l'existence d'un trouble somatoforme douloureux invalidant mais uniquement depuis janvier 2004, ce qui ne trouve pas de justification dans l'expertise.

8. La recourante qui obtient pleinement gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés en l'espèce à 1'500 fr.

9. S'agissant des frais d'expertise, ils seront mis à la charge de l'OCAI dans la mesure où l'instruction s'est révélée insuffisante et l'examen de SMR LEMAN dénué de la valeur probante nécessaire.

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 et annule les décisions des 2 juillet 2004 et 3 novembre 2004.
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 16 mai 2002.
4. Renvoie le dossier à l'OCAI pour calcul de la rente.
5. Condamne l'OCAI à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr à titre de dépens.
6. Met les frais d'expertise à la charge de l'OCAI.
7. 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).

Le greffier	La présidente
Pierre RIES	Isabelle DUBOIS

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