

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1203/2008

ATAS/687/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 28 mai 2009

En la cause

Madame C_____, domiciliée à Dardagny, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Diana ZEHNDER, Présidente suppléante; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après « l'assurée » ou « la recourante »), née en 1947, a travaillé en dernier lieu en tant qu'employée auprès de la société X _____. Depuis le 20 août 2003, elle est en incapacité totale de travail en raison d'une réaction dépressive grave et divers troubles somatiques (cervico-brachialgies, lombalgies). A ce titre, elle a bénéficié des indemnités journalières de l'assurance perte de gain de son employeur. Elle a été licenciée avec effet au 30 juin 2004 pour motifs économiques.
2. Par demande reçue le 14 septembre 2004 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi d'une rente.
3. Dans son rapport du 7 octobre 2004, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, atteste d'une réaction dépressive grave à partir du moins de juin 2003, des troubles anxieux chroniques, des cervico-brachialgies, des lombalgies et une arthrose digitale depuis plusieurs années. L'incapacité de travail est totale depuis le 20 août 2003. Il précise qu'au cours de l'année 2003, l'assurée a subi plusieurs traumatismes psychosociaux importants, qui ont eu pour effet de décompenser en une réaction dépressive sévère les troubles anxieux présents depuis plusieurs années. Conjointement, les douleurs articulaires et les douleurs digestives se sont aggravées. Il ajoute qu'une psychothérapie est en cours. Dans l'annexe à son rapport médical, il indique que l'assurée n'est pas en mesure de reprendre son activité professionnelle et qu'une autre activité n'est par ailleurs pas exigible.
4. Le Dr M _____, rhumatologue FMH, a établi un rapport à l'attention de l'OCAI le 4 octobre 2004, dans lequel il indique que l'état de santé est en voie d'amélioration. Pour sa part, la capacité de travail dans l'activité habituelle est exigible à 100%, sans diminution de rendement, pour autant que soient évités le port de charges, ainsi que les mouvements répétitifs au niveau cervical.
5. Dans un rapport du 21 octobre 2004 à l'attention de l'OCAI, le Dr N _____, Groupe médical d'Onex, pose le diagnostic de rhigoarthrose bilatérale justifiant une diminution de travail de 20% dans l'activité habituelle, avec diminution de rendement. Une activité adaptée demeure possible à 100%.
6. Enfin, la Dresse O _____, FMH psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport du 5 novembre 2004 à l'attention de l'OCAI, se prononce en faveur d'une personnalité limite qui la place dans une difficulté existentielle et dans une souffrance intime justifiant une demande de rente d'invalidité pour une durée difficile à pronostiquer. Une fois l'ergophobie résorbée, elle précise que la rente pourra passer à 50% et devra être accompagnée d'une aide de réinsertion socioprofessionnelle.

7. Par rapport médical intermédiaire du 19 juillet 2005, le Dr L_____ indique que l'état de santé est resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics. L'évolution est estimée favorable, compte tenu de la diminution des plaintes douloureuses probablement liées à une stabilisation de l'humeur. La capacité de travail est toujours nulle depuis le 20 août 2003 malgré une psychothérapie de soutien et des entretiens thérapeutiques réguliers. Le pronostic est très réservé.
8. La Dresse O_____, dans son rapport médical intermédiaire du 18 août 2005, précise que l'évolution a subi peu de modifications. L'état de santé est stationnaire depuis le licenciement de l'assurée. Elle indique qu'un retour au travail ne sera plus possible.
9. Le Dr M_____, dans son rapport médical intermédiaire du 24 août 2005, relève que l'état de santé est stationnaire depuis 2004 en raison des cervico-brachialgies et de l'état dépressif. Il précise que sur le plan ostéo-articulaire, il n'existe aucune contradiction à une reprise de l'activité professionnelle, soulignant que le retour au travail dépend de l'état psychiatrique.
10. Le Dr N_____, dans son rapport médical intermédiaire du 19 décembre 2005, confirme également que l'état de santé est stationnaire depuis 2003. Il soutient d'office que la capacité de travail dans l'activité antérieure a subi une baisse de rendement de 20%.
11. Ces documents ont été soumis au Dr P_____, médecin auprès du SMR Suisse romande. Ce médecin relève que seule la rhizarthrose des pouces est invalidante dans l'activité habituelle. Toutefois, dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux de force avec les mains, ni de port de charges excédant trois kilos, pas de mouvements répétitifs de la colonne cervicale, la capacité de travail demeure exigible à 100%. Il fait remarquer que les autres affections somatiques provoquent quelques limitations fonctionnelles mais ne diminuent pas la capacité de travail de l'assurée. Du point de vue psychiatrique, en référence au diagnostic de personnalité limite posé par la Dresse O_____, il précise que selon l'avis du Dr Q_____, psychiatre, en l'absence de troubles du comportement correspondant à un trouble de la personnalité décompensée, la structure borderline ne constitue pas chez l'assurée un trouble grave puisque ne nécessitant au demeurant uniquement qu'une psychothérapie de soutien.
12. Par décision du 13 octobre 2006, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée, considérant que la capacité de travail était de 80% dans l'activité antérieure, respectivement de 100% dans une activité adaptée.
13. En date du 25 juin 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité, invoquant un cancer du sein gauche diagnostiqué le 16 novembre 2006, opéré au mois de février 2007, puis suivi d'un traitement de radiothérapie pendant six semaines.

14. Aux fins d'instruire la demande de révision, l'OCAI a sollicité de l'assurée toutes pièces médicales permettant de justifier l'aggravation de l'état de son état de santé depuis le 13 octobre 2006.
15. Répondant à cette demande de renseignements, l'assurée a joint à son courrier du 24 juillet 2007 un rapport médical du Département de gynécologie et d'obstétrique des Hôpitaux universitaires de Genève du 13 février 2007 confirmant le diagnostic de carcinome canalaire in situ du sein gauche opéré le 9 février 2007.
16. Interrogé par l'OCAI, le D. L. _____ indique, en date du 27 août 2007, que sa patiente souffre d'un cancer du sein gauche depuis fin 2006, d'une réaction dépressive grave depuis juin 2003, de troubles anxieux chroniques, respectivement de cervico-brachialgies, lombalgies et arthrose digitale depuis plusieurs années. Il conclut à une incapacité totale de travail depuis le 20 août 2003. Il ajoute que l'apparition du nouveau diagnostic de cancer du sein a péjoré toute la situation de manière très importante. Il fait état d'asthénie très importante, de douleurs chroniques aggravées, ainsi que d'une péjoration sévère de l'humeur. Il souligne que sa patiente paraît encore moins capable de reprendre une activité professionnelle, que ce soit dans son activité antérieure que dans toute nouvelle activité. Il précise enfin qu'il est difficile pour sa patiente de trouver encore un sens à sa vie.
17. Dans le questionnaire servant à déterminer le status, l'assurée a indiqué qu'en bonne santé, elle exercerait une activité dans le domaine de la sécurité et le contrôle à 100% en raison de besoins financiers. Actuellement, elle est en arrêt maladie à 100%.
18. Interrogé à son tour par l'OCAI, le Dr R. _____, Département de gynécologie et d'obstétrique des HUG, indique, en date du 11 septembre 2007, que l'état de l'assurée, sur le plan sénologique est stationnaire, ayant justifié une incapacité de travail pour une période limitée du 6 février 2007 au 5 mars 2007. Il relève que la patiente ne devrait pas avoir de séquelles du traitement de radiothérapie. Il fait observer qu'elle présente de l'anxiété et une angoisse. Du point de vue strictement sénologique, il indique que l'activité habituelle demeure exigible, sans diminution de rendement.
19. Ces documents ont été soumis au Dr S. _____, spécialiste FMH en médecine générale auprès du Service médical régional AI. Prenant note que la nouvelle demande est motivée par un carcinome canalaire in situ G2 du sein opéré et pour lequel les HUG ont attesté une incapacité de travail limitée, ce médecin considère qu'il ne s'agit pas d'une maladie ayant entraîné une invalidité de longue durée. Relevant qui plus est que le pronostic des HUG est bon et que l'assurée ne subirait aucunes séquelles du traitement, il préconise d'envoyer un rapport au Service de radiothérapie des HUG pour plus de renseignement.

20. Dans un rapport médical du 27 novembre 2007, le Dr T_____, division de radio-oncologie des HUG, précise que le cancer in situ du sein gauche a été opéré et irradié au mois de février 2007 sans qu'il n'en soit résulté de répercussion sur la capacité de travail au-delà du mois de septembre 2007. Il ajoute que l'état de santé s'est amélioré entre le mois de mars et le mois d'août 2007. Le pronostic est jugé excellent, sans limitations fonctionnelles.
21. Dans un avis médical du 11 janvier 2008, sur la base du rapport de la division de radio-oncologie des HUG, le SMR Suisse romande considère qu'il n'y a pas de nouvelle atteinte à la santé invalidante, ni d'incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI.
22. Par projet de décision du 15 janvier 2008, l'OCAI a prononcé un refus de rente d'invalidité.
23. En date du 4 février 2008, l'assurée a formé opposition audit projet et fait grief à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte de son état de santé général actuel résultant de son traitement à l'hôpital. Elle a pour le surplus requis de l'OCAI qu'il demande un rapport médical au Dr L_____.
24. Par avis médical, sur audition du SMR Suisse romande du 7 mars 2007, il est précisé que le Dr Q_____ s'était déjà prononcé sur la capacité de travail du point de vue psychiatrique de sorte que l'avis médical du Dr L_____ n'apporterait guère d'informations complémentaires ce d'autant plus qu'il invoquait déjà une réaction dépressive grave dans tous ses derniers rapports et attestait déjà d'une incapacité de travail totale depuis le 20 août 2003.
25. Par décision du 10 mars 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée au motif qu'il n'y a pas de nouvelle maladie invalidante, ni d'incapacité de travail de longue durée.
26. En date du 8 avril 2008, l'assurée interjette recours. Elle conteste la décision entreprise et fait valoir que son état de santé physique et psychique ne lui permet pas de reprendre une activité professionnelle. Elle relève en outre que si l'opération du cancer du sein s'est effectivement bien déroulée et le pronostic sur le plan strictement physique est, selon les médecins des HUG, favorable, elle souligne que son état de santé psychique n'a pas fait l'objet d'une évaluation alors même que le cancer l'a plongée dans un état de dépression accompagné d'angoisse et d'anxiété. Elle fait ainsi grief à l'OCAI de ne pas avoir instruit correctement son dossier sur le plan psychique. Elle invoque en dernier lieu l'avis médical de la Dresse O_____, qui, dans son certificat du 7 avril 2008, confirme qu'elle souffre d'un état anxieux dépressif grave entraînant une incapacité totale de travail et nécessitant un suivi thérapeutique avec prise en charge médicamenteuse. Elle conclut donc à l'annulation de la décision entreprise et à l'octroi d'une rente. Subsidiairement au renvoi du dossier à l'OCAI pour complément d'instruction.

27. Le certificat médical de la Dresse U_____, joint au recours, précise que la recourante est en traitement auprès de ce médecin depuis le 11 février 2004 en raison d'un état anxio-dépressif grave. Elle précise que sa patiente est toujours très déprimée et angoissée par ses problèmes physiques. Elle la décrit comme se trouvant dans une souffrance psychique permanente, n'arrivant pas à trouver sa place dans cet environnement hostile. Elle considère que la demande AI à 100% est justifiée dès lors qu'il est difficilement imaginable que sa patiente puisse reprendre une activité.
28. Dans sa réponse du 29 mai 2008, l'OCAI conclut au rejet du recours, considérant que la situation de la recourante n'a pas connu de modification sur le plan psychique. L'OCAI se réfère à l'avis médical du SMR du 28 août 2006 lequel estimait que le trouble psychiatrique invoqué par la Dresse O_____ au mois de novembre 2004 ne pouvait être qualifié de grave. Il relève par ailleurs que dans son courrier du 7 avril 2008, la Dresse O_____ ne se prononce pas en faveur d'une détérioration de l'état de santé de sa patiente.
29. Cette écriture a été communiquée à la recourante en date du 10 juin 2008.
30. Le 26 juin 2008, par l'intermédiaire de l'Association suisse des assurés (ci-après : ASSUAS), la recourante soutient en substance que ce n'est pas la maladie psychique qui constitue un élément nouveau, mais bien l'apparition d'un cancer du sein qui est venu aggraver son état de santé global. Elle requiert pour le surplus la possibilité de consulter le dossier auprès du Tribunal de céans et faire valoir ses observations. Elle sollicite en dernier lieu à pouvoir être examinée par un médecin indépendant au cas où le Tribunal de céans ne ferait droit à ses conclusions.
31. Cette écriture a été communiquée à l'OCAI en date du 27 juin 2008, pour information.
32. Le Tribunal de céans a fixé un délai au 28 août 2008 à la recourante pour consulter le dossier et formuler des observations.
33. La recourante n'a fait valoir aucune observation.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, 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, étant donné que la nouvelle demande de prestations a été déposée au mois de juin 2007, le présent recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a).

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance invalidité est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (chapitre IIc des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a considéré qu'il n'y pas eu aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la première décision de refus de prestations du 13 octobre 2006 dans une mesure ouvrant droit à des prestations de l'assurance invalidité.
5. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA ; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus amples examens de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid 5.2.3, 117 V 200 consid 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations, par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue ; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

6. En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, comme dans le cadre d'une procédure de révision, mais a considéré que l'assurée ne présentait pas de nouvelle maladie invalidante, ni d'incapacité de travail de longue durée au sens de l'AI. En d'autres termes, l'OCAI a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié depuis sa décision initiale au point d'influer son droit aux prestations.
7. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une mesure économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. a, 105 V 207 consid. 2).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement 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 quelle activité 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 consid. 4 et les références).

c) Compte tenu des difficultés, en matière de preuves, 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 assurer de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 ; ATFA du 30 novembre 2004, I 600/03, consid. 3.2).

d) L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer, à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

e) En ce qui concerne la valeur probante du rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

En l'espèce, s'agissant du carcinome canalaire du sein gauche découvert au mois de novembre 2006, la recourante a été opérée au mois de février 2007. La division de radio-oncologie des HUG indique que la radiothérapie a été terminée le 5 juin 2007 et que selon l'examen clinique réalisé le 16 août 2007, aucune limitation fonctionnelle ne peut être retenue. Le pronostic est par ailleurs décrit comme excellent. L'incapacité de travail ayant duré du 6 février au 5 mars 2007, le

Tribunal considère qu'il n'y a pas d'aggravation objective et durable de l'état de santé de la recourante liée à cette nouvelle pathologie.

La recourante soutient par ailleurs que l'apparition du cancer du sein a eu pour effet d'aggraver l'état psychique préexistant. A cet égard, le Dr L_____ confirme que l'apparition du nouveau diagnostic a péjoré toute la situation d'une manière très importante. Il décrit une asthénie très importante, des douleurs chroniques aggravées, ainsi que la péjoration de la réaction dépressive. La Dresse O_____ indique également que l'état anxio-dépressif est aggravé par les problèmes physiques de la recourante, ayant au demeurant motivé la reprise du traitement psychothérapeutique qui avait été interrompu durant une année. Elle précise que la recourante se trouve dans une souffrance psychique permanente rendant difficilement imaginable qu'elle reprenne une activité lucrative.

S'il est exact que la recourante présente depuis 2003 des troubles psychiques dont elle avait déjà fait état dans le cadre de sa première demande de prestations, lesquels n'ont toutefois pas été considérés comme invalidants selon le Dr Q_____, médecin-psychiatre du SMR, il n'en demeure pas moins que l'examen SMR date du 28 août 2006. Partant, sans même procéder à une quelconque instruction complémentaire, l'intimé ne saurait renvoyer la recourante à ce rapport médical et indiquer que le médecin-psychiatre du SMR s'est déjà prononcé sur sa capacité de travail du point de vue psychiatrique. A l'évidence une expertise médicale s'impose. En effet, l'état de santé de la recourante n'a pas été évalué par l'intimé, alors même qu'elle a allégué une aggravation de ses problèmes psychiques du fait de la découverte de la nouvelle pathologie. Ainsi, convient-il de constater que le dossier ne contient aucune évaluation actuelle de l'état de santé psychique de la recourante. Partant, l'instruction du dossier est manifestement incomplète.

Par conséquent, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique par un médecin indépendant en vue de déterminer la capacité de travail de la recourante et, ceci fait, rende une nouvelle décision sur l'éventuel droit à une rente ou à des mesures d'ordre professionnel.

8. Le recours sera ainsi partiellement admis.
9. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 500 fr. lui est accordée à titre dépens.
10. Au vu de l'issue de la procédure, l'intimé sera condamné à un émolument de justice de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI qui est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 10 mars 2008 de l'intimé.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique par un médecin indépendant, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé au versement d'une indemnité de 500 fr. à la recourante à titre de dépens.
6. Un émolument, fixé à 200 fr., est mis à charge de l'intimé.
7. 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 suppléante

Florence SCHMUTZ

Diana ZEHNDER

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