

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1401/2010

ATAS/1188/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 23 novembre 2010

En la cause

Madame D _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PRETOT Didier

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Norbert HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____, née en 1968, a été victime d'un accident de la circulation le 24 mai 2006 à la suite duquel elle a souffert de contusions cervicales et de douleurs de la colonne.

Elle a déposé une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI) le 16 mai 2008 visant à l'octroi de prestations. Son médecin traitant, le Docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé qu'elle souffrait de cervicalgies invalidantes depuis un coup du lapin survenu en mai 2006 (cf. rapport du 11 juin 2008).

2. Mandaté par le Bureau International de Règlement des Sinistres SA (BIRS), le Docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise le 17 octobre 2007. Il a considéré, s'agissant des cervicalgies, que le *statu quo sine* avait été atteint à six mois de l'accident, et, s'agissant des lombalgies, que la causalité n'était que possible. Il a par ailleurs envisagé que des facteurs d'origine psychologique entraient en cause dans l'évolution, de sorte qu'il préconisait un bilan psychiatrique afin d'évaluer cette possible composante.
3. Par décision du 21 février 2008, confirmée sur opposition le 14 mai 2008, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA) a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 28 février 2007.
4. Dans son rapport du 13 juin 2008, le Dr L_____ estime l'incapacité de travail de sa patiente à 100% en raison de l'accident. Il retient le diagnostic de cervicalgies invalidantes, ainsi que celui, toutefois sans répercussion sur la capacité de gain, d'un état dépressif réactionnel.

Dans un rapport du 30 octobre 2008, il mentionne une aggravation de l'état dépressif.

5. Le 19 janvier 2010, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, rejetant sa demande de prestations.
6. Le 18 février 2010, le Dr L_____ a informé l'OAI que sa patiente consultait un psychiatre, la Doctoresse N_____.
7. Par décision du 4 mars 2010, l'OAI a confirmé le refus de prestations, sur la base de l'expertise du Dr M_____.
8. L'assurée a interjeté recours le 16 avril 2010. Elle dit avoir été choquée de ce que l'OAI n'ait pas tenu compte du courrier recommandé que lui avait adressé le Dr

L_____ le 18 février 2010 en réaction au projet de décision du 19 janvier 2010.

9. Dans sa réponse du 10 mai 2010, l'OAI, relevant qu'il ne disposait d'aucun rapport établi par la Dresse N_____, a proposé au Tribunal de céans de procéder à un complément d'instruction en interrogeant ce médecin. En l'état, il conclut au rejet du recours.
10. Par courrier du 1^{er} juillet 2010, Maître Didier PRETOT s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée.
11. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de la Dresse N_____ le 13 juillet 2010. Cette audience a été annulée, la Dresse N_____ étant en arrêt maladie, ainsi que l'assurée elle-même.
12. Par courriers des 13 août et 28 septembre 2010, sur demande du Tribunal de céans, le mandataire a indiqué que l'assurée était actuellement suivie par le Dr L_____, et par la Doctoresse O_____ et par Madame E_____.
13. Ces trois thérapeutes ont été convoqués à l'audience du 9 novembre 2010.

La Dresse Corine O_____ a déclaré que

"J'ai vu pour la première fois Madame D_____ le 27 septembre 2010. Elle est venue à ma consultation pour des cervicalgies.

Je sais qu'elle est suivie par le Dr L_____, médecin traitant, et par le Dr P_____, sauf erreur, psychiatre, qui lui-même supervise le travail de Madame E_____, psychologue.

Le 27 septembre 2010, elle a déclaré être "complètement dépressive" et souffrir de cervicales et de céphalées importantes. J'ai pu constater que la mobilité était normale et qu'elle présentait une légère douleur en fin de rotation gauche. Il n'y avait pas de contracture musculaire. J'ai ainsi été étonnée de constater que les cervicales n'avaient rien. J'ai alors examiné les points de fibromyalgie. Ils sont tous négatifs. Je lui ai proposé de la voir lorsqu'elle souffrait d'un épisode aigu. Elle est venue le 1^{er} octobre 2010. Là encore, il n'y avait aucun symptôme pour les cervicales. Je lui ai proposé de consulter un neurologue. Je ne sais pas si elle l'a fait. Je précise que la deuxième fois, elle est venue avec 10 minutes de retard, et elle n'est pas venue au troisième rendez-vous. J'en conclus à une surcharge psychologique. J'ai mis en place un traitement de training sophrogène (relaxation) et d'autohypnose. La patiente s'est montrée très collaborante. Je lui ai par ailleurs prescrit des anti-inflammatoires à prendre en cas de besoin.

Je n'ai pas mis en évidence de substrat organique me permettant de poser un diagnostic. Je rappelle toutefois que dans la littérature relative aux coups du lapin, on peut avoir des cervicalgies, un syndrome post traumatique, des vertiges, etc., sans qu'il y ait de lésions organiques décelables."

Le Dr L_____ a déclaré que

"Je suis le médecin traitant de Madame D_____. Elle est venue me consulter la première fois le 24 novembre 2005, pour un état de fatigue à investiguer. Il s'est avéré qu'elle manquait de fer de façon importante.

Son accident est survenu le 24 mai 2006. Elle a été victime d'un coup du lapin et souffre depuis de douleurs cervicales et lombaires devenant invalidantes. Nous avons procédé à des investigations compte tenu de la persistance des douleurs. Ma patiente a subi une IRM le 12 octobre 2006 : nous n'avons pas trouvé grand-chose. J'ai alors fait effectuer des radios le 17 octobre 2006. Il en est résulté une rectitude importante de la colonne cervicale. Le coup du lapin a vraisemblablement déchiré des ligaments. Je n'ai pas conseillé à ma patiente de consulter un rhumatologue ou un orthopédiste puisqu'en tant que spécialiste en médecine interne, je suis également capable de traiter ce type de pathologie.

J'ai prescrit un traitement à la cortisone. J'ai également adressé ma patiente à un ostéopathe pour qu'elle pratique des exercices musculaires de réadaptation. Ces démarches n'ont pas suffi à la soulager. Je l'ai donc envoyée au Dr Q_____, rhumatologue, en juin 2007.

Dans le cas de Madame D_____, les douleurs n'ont plus une origine physiologique, mais une origine fonctionnelle. Elle souffre d'un syndrome douloureux réactionnel à un accident, qui a entraîné un état dépressif réactionnel, lequel n'a pas pu être traité convenablement, parce qu'elle ne supporte pas les antidépresseurs.

J'ai attesté d'une incapacité de travail de 100% compte tenu des douleurs dont ma patiente souffre et de son état dépressif. Elle ne serait forcément pas performante au travail et accuserait un absentéisme important.

Un scanner cervical a été pratiqué le 7 avril 2008, vu l'aggravation et la persistance des douleurs. Il a pu être constaté une altération de la statique et des discopathies C6-C7, C7-D1, et une arthrose au niveau C5-D6. On peut ainsi voir un retard d'apparition. Je dirais que l'état de la colonne cervicale de Madame D_____ ne correspond pas à celui qu'elle devrait avoir à son âge, mais plutôt à celui d'une femme de 60 ans.

A présent, je dirais que l'état dépressif est la principale raison pour laquelle Madame D_____ ne pourrait travailler, lié aux douleurs, étant précisé qu'il lui arrive d'avoir à solliciter une injection de cortisone et de Voltaren pour soulager ses douleurs, à raison d'une fois toutes les 2 à 3 semaines.

Madame D_____ doit subir une intervention le 2 décembre prochain pour enlever du matériel d'ostéosynthèse en métal à l'avant-bras gauche. Madame D_____ a reçu un choc au bras gauche en juin 2008 à la suite duquel des radios ont été effectuées. Il convenait d'enlever ce matériel (présent depuis une trentaine d'années). Je n'exclus pas que la présence de ce métal n'ait pu participer à l'aggravation de son état.

L'évolution depuis l'accident consiste en une dégradation générale de son état compte tenu de la pathologie engendrant des douleurs et de l'état dépressif.

A mon avis le pronostic n'est pas très bon. Plus longtemps l'incapacité de travail dure et plus difficile sera la réinsertion professionnelle.

Si l'on devait soumettre Madame D_____ à une expertise médicale, il conviendrait à mon sens de solliciter un interniste qui a une vue d'ensemble de la situation, ainsi qu'un rhumatologue et un psychiatre.

Je n'ai pas reçu de rapport des HUG lors de la tentative de suicide de ma patiente. Je pense que cela est dû au fait que celle-ci a été maltraitée par la sécurité parce qu'elle souhaitait repartir contre l'avis des médecins.

Je sais qu'elle est à présent suivie plus régulièrement par le Dr P_____. Je n'ai reçu aucun rapport psychiatrique."

Madame E_____, psychologue, a déclaré que

"Je suis Madame D_____ depuis début 2010 en tant que psychothérapeute dans le cadre d'une thérapie déléguée. Le Dr P_____ assure le suivi psychiatrique en tant que tel. Je la vois deux fois par semaine, et le Dr P_____ une fois tous les 2-3 mois.

Lorsqu'elle m'a été adressée, Madame D_____ présentait un état dépressif d'intensité moyenne. J'ai pu constater des troubles narcissiques, des troubles de l'humeur, des idées noires, une tristesse intense, de l'anxiété, une labilité émotionnelle. Je dirais que l'état dépressif peut être qualifié de moyen à sévère. Il est fluctuant.

J'ai eu connaissance du fait qu'il y a eu deux tentamens, le premier lors de l'adolescence, le second en 2008. La Dresse N_____ avait prescrit un traitement à base d'un régulateur de l'humeur, qui avait des effets secondaires indésirables. Le Dr P_____ a changé en faveur de quelque chose pour l'insomnie. Dans le cas de Madame D_____, il y a lieu de prêter attention aux traitements médicamenteux de façon générale.

Il y a une certaine amélioration dans la problématique relationnelle. Il n'y a en revanche pas s'agissant des troubles de l'humeur.

S'agissant du pronostic, on peut espérer atteindre une certaine stabilité.

Il est difficile d'évaluer un taux de capacité de travail, il serait en effet très variable. Le taux serait quasiment nul dans les moments de dépression à proprement parler puisqu'il y a insomnie, trouble de la concentration, etc.

Je souligne que dans les moments où l'anxiété est plus forte, les douleurs somatiques sont plus fortes également. Je ne peux pas répondre à la question de savoir s'il s'agit-là d'un trouble somatoforme douloureux. Seule une évaluation plus approfondie faite par un psychiatre permettrait de répondre à cette question. Le Dr P_____ n'a pas posé ce diagnostic. La question n'a pas été abordée.

Madame D_____ est au bénéfice d'un suivi bifocal, ce qui signifie que je suis la patiente directement, et le médecin prescrit les traitements médicamenteux, ordonne le cas échéant l'hospitalisation. Il va de soi que je lui fais rapport de mes évaluations et de mes constatations. Lui-même fait sa propre évaluation."

14. Une comparution personnelle des parties s'est tenue le même jour. L'assurée a déclaré que

"Je vois Madame E_____, psychologue, deux fois par semaine depuis une année à peu près. Le Dr P_____ qui la supervise me rencontre en cas d'urgence lorsque je ne vais pas bien du tout. C'est lui qui me prescrit des SERAQUEL (?) pour me détendre, ainsi que des somnifères, qui ne me soulagent pas beaucoup. La Dresse N_____ m'avait prescrit des antidépresseurs qui ne me convenaient pas parce qu'ils me faisaient dormir toute la journée.

Il y a deux ans j'ai fait une tentative de suicide. C'est depuis ce moment que j'ai consulté la Dresse N_____.

Je ne connais pas la Dresse R_____.

J'ai recherché un médecin psychiatre depuis juin 2008. J'ai vu le Dr S_____ qui m'avait été recommandé par le Dr L_____ à trois reprises. Ça ne s'est pas bien passé et je suis alors allée chez TRAJECTOIRE qui m'a conseillée de voir Madame E_____."

15. Par courrier du 10 novembre 2010, l'assurée a sollicité du Tribunal de céans qu'il mandate le Dr P_____ pour expertise.

16. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI.

4. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. Il y a lieu de préciser

que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % 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.

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 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. 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références).

b) 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 n° 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 quant il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000, p. 160 consid. 4b ; ATF 130 V 352 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 (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2).

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 figure 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 références à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

6. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b). Par ailleurs, conformément aux art. 59 al. 2bis LAI et 49 RAI, les services médicaux régionaux (SMR) sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations.

Lors 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 et les références ; ATF 115 V 134 consid. 2 ; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1 in fine).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un 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).

Un rapport du SMR qui répond aux réquisits jurisprudentiels précités dispose d'une pleine valeur probante (arrêt 9C_323/2009 du 14 juillet 2009, consid. 4.3.1 et les références citées). Par contre, les déclarations du SMR qui se fondent sur les documents médicaux ainsi que sur une discussion informelle et qui constituent ainsi des rapports au sens de l'art. 49 al. 3 RAI servent à la prise de décision interne à l'assurance et ne remplacent pas une vérification médicale spécialisée (arrêt I_978/06 du 22 février 2007, consid. 2.3).

Il y lieu de rappeler à ce stade que lorsqu'il apprécie des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier, ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 consid. 2.1).

c) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

7. En l'espèce, lors de la prise de la décision querellée, l'intimé disposait de l'expertise du Dr M_____ et des rapports du Dr L_____. Le Dr M_____ a constaté que le statu quo sine s'agissant de cervicalgies avait été atteint à six mois de l'accident et retenu la présence de lombalgies. Le Dr L_____ a quant à lui estimé l'incapacité de travail à 100% depuis l'accident en raison des cervicalgies.

Les médecins entendus lors de l'audience du 9 novembre 2010 ont confirmé, qu'aucun substrat organique permettant de poser un diagnostic n'avait pu être mis en évidence, si ce n'est une rectitude importante de la colonne vertébrale.

8. Le Dr L_____ a évoqué le 13 juin 2008 un état dépressif réactionnel sans répercussion sur la capacité de gain et une aggravation de cet état le 30 octobre 2008. Il est vrai que ce n'est qu'au début 2010 que l'assurée consulte enfin un psychiatre. Elle a cependant expliqué lors de la comparution personnelle des parties du 9 novembre 2010 qu'elle avait commencé à chercher un psychiatre depuis juin 2008 déjà, date à laquelle elle avait commis un tentamen. Madame E_____, psychologue déléguée qui la suit depuis début 2010, a qualifié l'état dépressif de moyen à sévère, précisant qu'il était fluctuant. Elle n'a pas souhaité répondre à la question de savoir si l'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux, au motif que seule une évaluation plus approfondie faite par un psychiatre permettrait de poser ce diagnostic.

Il y a enfin lieu de rappeler que le Dr M_____ avait envisagé la présence de facteurs psychologiques et préconisé un bilan psychiatrique.

Force dès lors est de considérer que l'aspect psychiatrique n'a pas été suffisamment investigué par l'OAI, de sorte qu'il ne disposait pas de suffisamment d'éléments pour statuer en connaissance de cause. Il l'a du reste lui-même reconnu dans sa réponse du 10 mai 2010. Il se justifie en conséquence de lui renvoyer la cause pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique. Cette expertise devra notamment préciser si l'assurée souffre ou non d'un trouble somatoforme douloureux et permettre de déterminer, le cas échéant, s'il est invalidant. A l'issue de cette mesure complémentaire, il lui appartiendra de rendre une nouvelle décision.

9. Eu égard à ce qui précède, le recours du 16 avril 2010 sera admis et la cause renvoyée à l'intimé. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 4 mars 2010.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et plus précisément pour une expertise psychiatrique.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
6. 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 ; RS 173.110); 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

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