

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3877/2008

ATAS/1681/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 17 décembre 2009**

En la cause

Madame C \_\_\_\_\_, domiciliée à CHÊNE-BOUGERIES

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Evelyne BOUCHAARA,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Le 28 octobre 2005, Madame C \_\_\_\_\_, née en 1959, a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant des « difficultés personnelles morales liées à l'alcool ».
2. De l'instruction du dossier menée par l'OAI, il ressort que l'assurée s'est annoncée à l'Office cantonal de l'emploi (OCE) en date du 11 juin 2004, qu'elle a alors été assignée à un programme de formation, mais qu'au bout de quelques semaines, l'organisateur dudit programme a informé sa conseillère en personnel que l'assurée rencontrait de graves difficultés d'ordre médical, notamment en termes de concentration et d'attention, à tel point qu'elle n'était pas en mesure de répondre aux exigences de la profession de vendeuse. En conséquence, par décision du 13 juillet 2005, l'OCE a considérée l'assurée comme inapte au placement dès le 1<sup>er</sup> janvier 2005.
3. L'assurée s'est réinscrite à l'Office régional de placement le 12 octobre 2005 en annonçant être à la recherche d'une activité de vendeuse et de nettoyeuse à plein temps, mais l'assurance-chômage, constatant qu'elle était en arrêt de travail depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, a prononcé à son endroit une nouvelle décision d'inaptitude au placement en date du 20 janvier 2006.
4. Le Dr L \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a établi en date du 30 janvier 2006 un rapport médical à l'intention de l'OAI, dans lequel il mentionne une suspicion de trouble de la personnalité de type schizoïde et/ou évitante depuis 1990, une maladie alcoolique en rémission partielle, des antécédents de crises d'épilepsie sur sevrage alcoolique et une dépendance aux benzodiazépines. Il a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 21 avril 2004, précisant que l'état de santé de sa patiente, qu'il suit depuis mars 2002, s'est aggravé jusqu'au 29 septembre 2005 (date à laquelle a été mis en place un sevrage), qu'à sa sortie, le 10 octobre 2005, un arrêt de travail se justifiait devant la perspective d'un suivi médical et que la patiente a depuis lors été suivie régulièrement à la consultation d'alcoologie. Le Dr L \_\_\_\_\_ a émis l'avis qu'un examen médical complémentaire, notamment sous forme d'évaluation psychiatrique. Il a par ailleurs préconisé des mesures de réinsertion professionnelle sous la forme d'une occupation en atelier protégé.
5. L'assurée a été adressée pour expertise au Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à la Clinique de réadaptation de Valmont-Genolier.

L'expert a rendu son rapport en date du 25 mars 2008, sur la base de deux entretiens avec l'assurée, d'un entretien téléphonique avec la Dresse N \_\_\_\_\_ et du dossier mis à sa disposition.

De l'anamnèse, il ressort que l'assurée a travaillé de 2003 à avril 2004 pour une entreprise de nettoyage à raison de 8,8 h./jour, 5 jours/sem. Selon ses dires, ce travail était trop éprouvant pour elle, d'autant que s'y ajoutaient des trajets de 45 minutes, quatre fois par jour. Elle a ensuite retravaillé, notamment avec INTEGRATION POUR TOUS, du 20 juin au 17 août 2007, à raison de 50%.

L'expertisée a été décrite comme paraissant fatiguée, avec une thymie triste, mais sans signes cardinaux de trouble dépressif sévère ou de trouble anxieux, pas plus que de signes florides de la lignée psychotique. Un léger ralentissement psychomoteur a été relevé.

Les diagnostics retenus ont été les suivants : trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique présent depuis avril 2004, syndrome de dépendance à l'alcool présent depuis une quinzaine d'années, voire plus, et syndrome de dépendance aux benzodiazépines présent depuis environ 2000. Ont également été mentionnés, en précisant toutefois qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un burn-out et un syndrome de dépendance à l'alcool utilisation épisodique.

L'expert a confirmé qu'il y avait effectivement des traits schizoïdes, mais pas de trouble franc de la personnalité, que ce soit de type schizoïde ou autre. Selon lui, l'assurée a présenté par le passé une symptomatologie dépressive, probablement aggravée par une situation relativement éprouvante, qui a abouti à un burn-out en raison de longues heures de travail dégradant et de longs trajets. L'expert a émis un bon pronostic quant à la récupération de la capacité de travail au motif que l'expertisée était motivée et cherchait désormais un poste à 50%. Il a précisé que pour le 50% restant, il ne pouvait justifier d'incapacité de travail durable.

Il a relevé que l'assurée n'avait jamais consulté régulièrement de psychiatre, ce qui pourrait pourtant constituer une aide utile pour améliorer sa capacité de travail et permettre de diminuer encore la symptomatologie dépressive.

L'expert a ajouté que le diagnostic d'alcoolisme n'était pas secondaire à la symptomatologie dépressive.

En conclusion, l'expert n'a finalement retenu que de légères limitations au plan psychologique. En raison de la fatigue importante, de la symptomatologie dépressive, de la tristesse et du ralentissement psychomoteur, il a évalué la capacité résiduelle de travail de l'assurée à 75%.

Le Dr M \_\_\_\_\_ a estimé que durant les mois suivant son burn-out - survenu en avril 2004 - l'assurée avait sans doute été dans l'incapacité totale de travailler mais qu'à la fin du mois de janvier 2006 au plus tard, c'est-à-dire lorsqu'elle avait été examinée par le Dr N \_\_\_\_\_, l'incapacité (recte : la capacité) de travail de l'expertisée était de 75%, ce qui correspondait à un trouble dépressif léger.

Le médecin a émis l'avis qu'il n'y avait pas de nécessité de proposer une réadaptation professionnelle, eu égard aux expériences professionnelles de l'assurée. Il a en revanche préconisé un traitement spécifique et bref par un psychiatre pour procéder à un sevrage des benzodiazépines, ainsi qu'une médication psychotrope et une prise en charge psychothérapeutique. Dans ces conditions, il a estimé que la capacité de travail pourrait atteindre 100% après six mois de traitement spécifique. Il a cependant précisé qu'il faudrait dans un premier temps éviter un milieu trop stressant et les longs trajets.

6. Le 6 août 2006, un projet de décision a été adressé à l'assurée, dont il ressortait que l'OAI se proposait de rejeter sa demande de reclassement. Un second projet établi le même jour proposait l'octroi d'une rente entière limitée dans le temps à la période du 1er avril 2005 au 30 avril 2006. En effet, l'OAI reconnaissait que l'assurée avait été dans l'incapacité totale de travailler, quelle que soit l'activité envisagée, à compter du 21 avril 2004 et jusqu'à la fin du mois de janvier 2006, date à compter de laquelle elle aurait pu reprendre une activité professionnelle de vendeuse à 75 %.
7. Le 29 septembre 2008, deux décisions formelles ont été notifiées en ce sens. L'OAI a ajouté que, sur demande écrite et motivée de la part de l'assurée, il pourrait étudier son droit éventuel à une aide au placement, laquelle aurait pour but de la soutenir activement dans la recherche d'un emploi approprié.
8. Le 21 octobre 2008, l'assurée a fait parvenir au Tribunal de céans un rapport médical établi le 21 octobre 2008 par le Dr N \_\_\_\_\_, de l'Unité d'alcoologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG).

Le médecin y retenait les diagnostics de dépendance à l'alcool désormais abstinente, d'état dépressif, de dépendance aux benzodiazépines, d'hypertension artérielle et de tabagisme et précisait que l'assurée était suivie à la Consultation d'alcoologie et de médecine interne depuis juin 2000, à raison d'une fois toutes les quatre à six semaines. Le médecin expliquait que la patiente était désormais abstinente s'agissant de l'alcool mais présentait les symptômes d'un état dépressif dont l'évolution était fluctuante. C'est ainsi que, pendant les périodes de découragement et de tristesse, liées entre autres à sa solitude, l'assurée rechutait dans la consommation d'alcool; elle rompait alors le contact avec l'extérieur et s'enfermait dans son appartement ; après quelques semaines, une nouvelle période d'abstinence se mettait en place et elle pouvait alors reprendre les activités de la vie quotidienne. Il a été souligné que la fréquence et la durée des rechutes était en constante diminution et que l'évolution était ainsi lentement favorable. Le médecin a exprimé l'avis que ces épisodes de rechute étaient l'expression d'une fatigabilité et d'une vulnérabilité psychique dans le cadre d'une humeur dépressive. Il a ajouté que l'état psychique de sa patiente était aussi responsable d'une lenteur psychomotrice rendant l'apprentissage plus difficile, raison pour laquelle la reprise

d'un emploi en tant que vendeuse lui semblait illusoire dans la mesure où une telle activité requérait une capacité d'endurance et une force physique et psychique dont l'intéressée était pour l'heure incapable.

Le médecin a préconisé une reprise du travail progressive dans le cadre d'un programme de réinsertion, voire d'un atelier protégé. Il a recommandé de commencer à un taux d'occupation de 50% au maximum, dans un environnement non éprouvant psychologiquement, par exemple dans une activité de nettoyeuse à temps partiel.

Le médecin a émis l'avis que le service médical de l'OAI n'avait pas suffisamment tenu compte de la fatigabilité et de la vulnérabilité de sa patiente au stress. Rappelant que cette dernière avait travaillé en tant que vendeuse à plein temps en tout et pour tout une année, trente ans plus tôt, il a jugé qu'au vu de la désinsertion socioprofessionnelle et de la durée de celle-ci, une reprise du travail à plein temps était illusoire. Il a enfin mentionné qu'une évaluation psychiatrique était en cours.

9. Invitée à motiver son recours, l'assurée, par écriture du 14 novembre 2008, a contesté pouvoir travailler à 75% comme vendeuse, activité dont elle souligne qu'elle ne l'a plus exercée depuis trente ans. La recourante conclut à l'octroi de mesures de réadaptation, subsidiairement d'une rente à titre temporaire jusqu'à ce qu'elle puisse exercer une activité adaptée à sa situation.

A l'appui de son recours, elle produit un curriculum vitae dont il ressort qu'au bénéfice d'une formation de vendeuse en alimentation, elle a exercé les professions d'aide de cuisine, de vendeuse (entre 1978 et 1980), de serveuse (en 1981 et en 2006), d'employée de blanchisserie (entre 1999 et 2000) et de nettoyeuse (dernière profession exercée en 2003, 2004, 2007 et 2008).

10. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 18 décembre 2008, a conclu au rejet du recours.

Il se réfère à l'avis du Dr O\_\_\_\_\_, du service médical régional AI (SMR), auquel le rapport du médecin-traitant de la recourante a été soumis, et qui, dans un avis émis le 8 décembre 2008, relève que l'expertise pratiquée par le Dr M\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de signes cardinaux d'un trouble dépressif et n'a retenu qu'un trouble dépressif léger n'influençant que modérément la capacité de travail, soit à hauteur de 25%.

Le Dr O\_\_\_\_\_ relève que la fatigabilité et la vulnérabilité psychique auxquelles fait allusion le médecin-traitant ont été relevées dans le rapport d'examen du SMR. Il émet l'avis que l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée par le Dr N\_\_\_\_\_, si elle diffère certes de celle de l'expert, n'est pas suffisamment étayée par des arguments objectifs, notamment par des

descriptions des symptômes de l'assurée selon la CIM-10, pour convaincre de s'y rallier plutôt qu'à celle de l'expert.

11. Le 29 janvier 2009, la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport d'évaluation psychiatrique à l'intention du médecin-traitant de l'assurée, que ce dernier a communiqué à l'intimé, ainsi qu'au Tribunal de céans.

Il en ressort que l'assurée, après avoir travaillé jusqu'en 1980 comme vendeuse, a dû cesser son travail en raison du stress que représentait pour elle le contact avec les clients. Durant dix-huit mois, en 2002, elle a travaillé à l'atelier protégé de la Fondation REALISE. Après un sevrage de quatre ans, en 2005, la consommation d'alcool n'a plus été régulière, mais en raison d'épisodes dépressifs moyens à sévères, elle rechute parfois, à raison d'environ quatre fois par an.

Le psychiatre indique n'avoir observé ni idées délirantes, ni signes dépressifs durant les deux entretiens avec la patiente. Il a retenu le diagnostic de personnalité schizoïde et de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. En définitive, le médecin conclut : « Il me semble que l'on ne peut exiger de Madame C\_\_\_\_\_ qu'une activité à 50% en raison de sa fragilité, et certainement pas dans la vente en raison de son trouble de personnalité. La patiente serait d'accord de reprendre une activité de nettoyeuse à 50 % ».

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ; 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont

produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

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

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2006.
5. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

6. 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). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que 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).

Dès lors, 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).

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner - outre les maladies mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

A teneur de la jurisprudence constante, la dépendance, qu'elle prenne la forme de l'alcoolisme, de la pharmacodépendance ou de la toxicomanie, ne constitue pas en soi une invalidité au sens de la loi. Elle joue en revanche un rôle dans l'assurance-invalidité lorsqu'elle a provoqué une maladie ou un accident qui entraîne une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui a valeur de maladie (ATF 124 V 265 consid. 3c p. 268). La situation de fait doit faire l'objet d'une appréciation globale incluant aussi bien les causes que les conséquences de la dépendance, ce qui implique de tenir compte d'une éventuelle interaction entre dépendance et comorbidité psychiatrique. Pour que soit admise une invalidité du chef d'un comportement additif, il est nécessaire que la comorbidité psychiatrique à l'origine de cette dépendance présente un degré de gravité et d'acuité suffisant pour justifier, en soi, une diminution de la capacité de travail et de gain, qu'elle soit de nature à entraîner l'émergence d'une telle dépendance et qu'elle contribue pour le moins dans des proportions considérables à

cette dépendance. Si la comorbidité ne constitue qu'une cause secondaire à la dépendance, celle-ci ne saurait être admise comme étant la conséquence d'une atteinte à la santé psychique. S'il existe au contraire un lien de causalité entre l'atteinte malade à la santé psychique et la dépendance, la mesure de ce qui est exigible doit alors être déterminé en tenant compte de l'ensemble des limitations liées à la maladie psychique et à la dépendance (sur l'ensemble de la question, cf. arrêt I 169/06 du 8 août 2006, consid. 2.2 et les arrêts cités).

En matière de dépendance à l'alcool, la science médicale distingue les troubles psychiatriques induits (secondaires à la prise d'alcool) des troubles psychiatriques indépendants (associés à la consommation d'alcool). La démarche diagnostique peut cependant se révéler particulièrement délicate, dans la mesure où les effets d'une consommation abusive d'alcool affectent inévitablement le tableau clinique. En règle générale, les signes et symptômes psychiatriques sont induits et s'amendent spontanément par l'arrêt de la consommation dans les semaines qui suivent le sevrage; ils ne sauraient par conséquent faire l'objet d'un diagnostic psychiatrique séparé. En revanche, si à l'issue d'une période d'abstinence suffisante, les éléments réunis sont suffisants, il y a lieu de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Dans certaines circonstances, l'anamnèse, notamment l'historique de la consommation d'alcool depuis l'adolescence, peut constituer un instrument utile dans le cadre de la détermination du diagnostic, notamment s'agissant de la préexistence d'un trouble indépendant (cf. ATF non publié du 15 avril 2008, 9C\_395/2007, consid. 2.2 et les références).

7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (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; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante 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)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. En l'espèce, la recourante conclut principalement à l'octroi de mesures de réadaptation, subsidiairement, à l'octroi d'une rente temporaire. Quant à l'intimé, il a reconnu, sur la base de l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_, une incapacité de travail totale limitée à la période d'avril 2004 à janvier 2006, au-delà de laquelle il a considéré, que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 75% dans l'activité de vendeuse.

Il convient en premier lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_. Tout d'abord, le rapport d'examen du médecin se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes de cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus qu'il n'est pas à proprement parler contesté par la recourante.

On retiendra donc que, sur le plan psychique, cette dernière a recouvré une capacité de travail résiduelle de 75% dès la fin du mois de janvier 2006. En effet, si le Dr L\_\_\_\_\_ conclut toujours, dans son rapport du 30 janvier 2006, à une incapacité totale de travail, il en ressort qu'après s'être aggravé jusqu'en septembre 2005, l'état de santé de sa patiente s'est amélioré après le sevrage alors mis en place. Si un arrêt de travail se justifiait encore en octobre 2005, le médecin traitant n'indique pas pour quelles raisons il perdurerait encore. En effet, les diagnostics retenus en janvier 2006 - autres que ceux faisant état d'une dépendance toxicologique dont il a été indiqué par l'expert qu'ils étaient primaires et donc non invalidants au sens de la jurisprudence - ne consistent finalement qu'en une suspicion de trouble de la personnalité, lequel a été écarté par l'expert, spécialisé en la matière.

Quant à l'évaluation de la Dresse N\_\_\_\_\_, force est de constater qu'elle est notamment justifiée par la désinsertion socioprofessionnelle et la durée de celle-ci, éléments qui ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. On ne saurait donc conclure avec elle à une incapacité de travail de 50%. En revanche, il y a lieu de relever que, tout comme l'expert, ce médecin a souligné la nécessité d'éviter tout stress. Dans ces conditions, la conclusion de l'intimé selon laquelle l'activité de vendeuse serait exigible à 75% ne saurait être avalisée.

En revanche, l'activité de nettoyeuse, déjà exercée par la recourante, paraît adaptée, à condition d'éviter qu'elle ne se fasse dans d'aussi mauvaises conditions que cela l'a été par le passé. Une telle activité, exercée à 75%, serait ainsi exigible. Considérant que, dans ce cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail - puisque l'activité exercée précédemment à l'invalidité reste exigible -, il s'établit à 25%. Il convient cependant d'y ajouter encore une réduction de 15% pour tenir compte du fait que l'assurée n'a plus exercé d'activité lucrative depuis longtemps et qu'elle est âgée d'une cinquantaine d'années. On aboutit ainsi

à un degré d'invalidité de 40%, suffisant pour ouvrir droit à un quart de rente et à des mesures de réadaptation, dont on peut cependant douter qu'elles se justifient dans la mesure où l'assurée a un certain nombre d'expériences professionnelles à son actif et où - par ailleurs - les difficultés cognitives évoquées par l'expert et les médecins permettent de douter de l'efficacité d'un reclassement. En revanche, il y a lieu de souligner que l'intimé a d'ores et déjà proposé l'aide de son service de placement.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis en ce sens que le droit à un quart de rente est reconnu à la recourante au-delà du 30 avril 2006 et qu'il est pris acte de la proposition de l'intimé de la mettre au bénéfice d'une aide au placement sur demande motivée de sa part.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement en ce sens que le droit à un quart de rente d'invalidité est reconnu à la recourante à compter du 1<sup>er</sup> mai 2006.
3. Le rejette pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Dit que la procédure est gratuite.
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

Yaël BENZ

Karine STECK

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