

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4765/2007

ATAS/646/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 22 mai 2009**

En la cause

Madame B\_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec recourante  
élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris

contre

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

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Maria GOMEZ et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame B\_\_\_\_\_, née en 1952, de nationalité française, a exercé la profession de coiffeuse de 1971 à 1984 avant de se consacrer à ses enfants jusqu'en 1989, année durant laquelle elle a repris son activité.
2. Le 14 mars 2006, elle a déposé une demande de prestation auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (OCAI) en invoquant une maladie pulmonaire.
3. A été versé au dossier un rapport établi par les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_, de la Clinique Genevoise de Montana, où l'assurée avait séjourné pour « suite de soins et physiothérapie respiratoire » du 15 novembre au 5 décembre 2005. A été posé à titre principal le diagnostic de status post-choc septique sur pneumonie moyenne droite et à titre de comorbidités, un COPD léger à modéré partiellement réversible, une bronchopneumonie à répétition, du tabagisme chronique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen sans somatisation, une consommation d'alcool à risque et un hémangiome hépatique. L'assurée souffrait en effet d'une dyspnée rapidement progressive dans le contexte d'une bronchite aigüe ne répondant pas aux traitements ambulatoires.
4. L'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI a indiqué par courrier du 6 avril 2006 que l'assurée avait traversé plusieurs périodes de chômage : en 1994, 1996, 1998, 2000 et 2003. La dernière inscription remontait au 5 novembre 2005.
5. Le Dr N\_\_\_\_\_, dans un rapport médical daté du 13 juillet 2006, a diagnostiqué des troubles dépressifs récurrents depuis plusieurs années, une anxiété avec prise de benzodiazépines depuis 1991 et un COPD moyen. Il a également mentionné en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail un ancien tabagisme, une consommation d'alcool à risque et une bronchopneumonie et une septicémie en novembre 2005. Le médecin a conclu à une incapacité totale de travail à compter du 25 octobre 2005. Le Dr N\_\_\_\_\_ a précisé que les diagnostics se répercutaient sur la capacité de travail en termes de fatigabilité. Il a émis l'avis qu'un temps partiel serait difficile, qu'il existait une diminution de rendement à évaluer, et que si aucune autre activité n'était plus exigible, c'était en raison de la fatigabilité et du problème pneumologique de l'assurée.

Il a brièvement expliqué que sa patiente avait rencontré de gros problèmes anxiodépressifs durant les quinze dernières années avec abus de substance sous forme de tabac, d'alcool et de benzodiazépines, le tabac et l'alcool étant désormais en rémission. La patiente se plaignait de fatigue et de dyspnée à l'effort. Elle était suivie sur le plan pneumologique par le Dr THORENS.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a enfin expliqué que c'était le Dr CONTI, de l'OCE, qui avait suggéré de déposer une demande de rente AI.

6. Interpellé par l'OCAI, le Dr N\_\_\_\_\_ a brièvement répondu en date du 30 janvier 2007 en indiquant le traitement médicamenteux suivi par sa patiente et en précisant qu'un traitement psychiatrique n'était ni envisagé ni initié.
7. Sans réponse du Dr THORENS, l'OCAI a décidé de soumettre l'assurée à une expertise médicale qu'il a confiée au Dr André Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Ce dernier a rendu son rapport en date du 14 août 2007 (pièce 27 OCAI), sur la base du rapport des HUG destiné à la Clinique Genevoise de Montana, de celui de la Clinique Genevoise de Montana, de celui du médecin traitant ainsi que de celui du Dr CONTI, médecin conseil auprès de l'OCE (qui avait estimé la capacité de travail de l'assurée à 0% dès le mois d'octobre 2005, mais sans mentionner la nature des restrictions).

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a relaté que l'assurée se plaint, depuis sa pneumonie d'octobre 2005, d'être toujours fatiguée et de ne plus arriver à respirer. Elle avait alors été hospitalisée en raison d'une récurrence de bronchopneumonie avec dyspnée progressive sévère et état de choc nécessitant une intubation orotrachéale. Après un séjour aux soins intensifs, l'évolution a été progressivement favorable avec disparition de l'état fébrile. L'assurée a ensuite séjourné à la Clinique Genevoise de Montana où l'évolution pulmonaire a été décrite comme favorable. Trois mois plus tard, la fonction respiratoire a été évaluée par le Dr THORENS, pneumologue, et a été décrite comme relativement stable. Il a été conclu à un syndrome obstructif modéré stable. Depuis lors, l'assurée n'a plus présenté de complications pulmonaires. Elle poursuit son traitement et n'effectue pas d'oxygénothérapie.

Du point de vue psychiatrique, elle indique ne pas avoir de suivi spécialisé depuis l'épisode dépressif majeur qu'elle a traversé en 1990 et qui a été à l'origine d'une hospitalisation d'une dizaine de jours à la Clinique de Genolier. L'assurée bénéficie en revanche du soutien plus au moins régulier de son médecin traitant ainsi que de la prescription de XANAX depuis plus de 10 ans. Il lui est également prescrit de longue date du CYTALOPRAM qu'elle désire arrêter car elle estime ne plus être dépressive, soulagée qu'elle est par l'imminence de son divorce et de la fin de ses tracasseries judiciaires.

En définitive, l'assurée se plaint essentiellement d'une dyspnée, d'une fatigabilité à l'effort ainsi que d'une toux intermittente, non handicapante, d'expectoration chronique, essentiellement matinale. La dyspnée s'exprime uniquement à l'effort après la montée de un ou deux étages ou de marche sur un terrain en pente. Cette dyspnée la gêne dans la montée d'escaliers après deux étages ou dans la marche sur terrain en pente après 5 minutes. C'est ainsi que dans le cadre de ses activités ménagères, l'assurée a renoncé à faire les vitres, passer l'aspirateur ou porter des

achats pesant plus de 5 kilos. Elle explique en outre être incommodée par les fortes odeurs dégagées par les détergents. A ce titre, elle craint l'exposition aux divers sprays utilisés dans la coiffure.

Au plan psychiatrique il n'est fait état ni de tristesse, ni d'impuissance, ni de sentiment de dévalorisation, ni d'anhédonisme, ni de perte de l'intérêt et du plaisir. La patiente se plaint en revanche de fatigue mais non de difficultés à se concentrer. Il n'y a pas d'insomnie. Sur une échelle de dépression de Hamilton, le score obtenu (4) était inférieur à celui requis pour un épisode dépressif léger.

En définitive, l'expert a retenu au titre de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une broncho-pneumopathie chronique obstructive légère avec VEMS/CV à 62 % et VEMS à 86 %. Il a également mentionné, en précisant toutefois qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des troubles dépressifs récurrents actuellement au décours, une obésité, une surinfection pulmonaire à répétition, une allergie aux poils de chat et un tabagisme chronique.

Le médecin a relevé qu'en 2005, l'assurée avait exercé sans problème, par le biais de l'OCE, une activité de caissière à plein temps. Il a ajouté que si la dyspnée d'effort est subjectivement vécue comme fortement handicapante dans les activités de la vie quotidienne, objectivement, l'examen spirométrique a montré un tiffeneau abaissé à 62 % et un VEMS à 2,16 litres soit à 86 % de la valeur prédite alors qu'il se situait à 82 % en 2005 avec un VEMS à 1,78 litres à la fin du séjour aux HUG. Le médecin a expliqué que si cela ne constitue pas une amélioration, cela peut cependant permettre de conclure à une stabilité encourageante, surtout si l'on admet que naturellement, le VEMS diminue de 28 millilitres par an physiologiquement. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a encore souligné que le VEMS ne permettait pas de retenir une composante asthmatique et que, par ailleurs, l'intolérance aux produits utilisés dans la coiffure n'avait pas été démontrée.

Selon le Dr Q\_\_\_\_\_, la situation est donc stable, objectivement, depuis 2005 sans récurrence de surinfection, avec stabilisation de la fonction pulmonaire, mais sans diminution des symptômes et, en particulier, sans amélioration de la tolérance à l'effort et à la dyspnée. Cependant, il a paru peu vraisemblable au médecin que les valeurs révélées par l'examen objectif puissent être vécues comme handicapantes.

L'examen n'a pas permis d'admettre de limitation fonctionnelle significative dans l'activité de coiffeuse. Il n'a en particulier pas été démontré que la patiente présentait une intolérance aux produits utilisés dans la coiffure. Quant aux troubles dépressifs récurrents auxquels les médecins traitants ont fait allusion à plusieurs reprises, le Dr Q\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée a indiqué avoir présenté un état dépressif sévère en 1990 justifiant une hospitalisation et une prise en charge psychiatrique spécialisée mais n'avoir plus bénéficié de prise en charge spécialisée depuis lors. En décembre 2005, le psychothérapeute de la Clinique de Montana a

posé le diagnostic de troubles dépressifs récurrents épisode actuel léger à moyen sans somatisation. La patiente a en outre indiqué ne plus présenter de symptômes dépressifs - ou uniquement de manière très intermittent-, ne pas présenter de baisse d'énergie ni d'anhédonisme ou de manque d'élan vital. Le médecin en a donc tiré la conclusion qu'il n'y avait plus de symptôme majeur permettant de reconnaître un état dépressif, le score Hamilton étant par ailleurs de 4, et qu'il n'y avait donc pas d'incapacité de travail résultant d'un trouble de l'athymie ou du registre de l'anxiété.

Au plan physique, le Dr Q\_\_\_\_\_ a préconisé d'éviter les efforts répétés et notamment les activités nécessitant le port de charge de plus de 10 kg. Au plan social et au plan psychique et mental, il n'a retenu aucune limitation. Il a conclu à une capacité résiduelle de travail dans l'activité de coiffeuse de 100 % tout en précisant qu'il n'était pas exclu que l'exposition aux produits irritants vaporisés ou par sprays puissent aggraver la symptomatologie mais que cela devrait être documenté avant de pouvoir accepter qu'il existe une inaptitude dans l'activité de coiffeuse. Il a précisé que la dernière activité exercée par l'assurée n'était pas celle de coiffeuse mais de caissière, parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles décrites.

Le Dr Q\_\_\_\_\_ a proposé de considérer l'incapacité de travail attestée à compter du 25 décembre 2005 comme justifiée jusqu'à la fin du mois de mars 2006 (date à laquelle le Dr THORENS a estimé que le syndrome obstructif modéré était stable), puis à 50% durant les mois d'avril et mai 2006, avec reprise complète de l'activité professionnelle dès le 1er juin 2006.

8. Le 12 septembre 2007, l'OCAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel il se proposait de rejeter sa demande de rente aux motifs qu'elle conservait une capacité de travail entière dans la profession de coiffeuse et que son incapacité de travail n'avait pas duré une année.
9. A sa demande, l'assurée a été entendue par un collaborateur de l'OCAI en date du 12 octobre 2007. A cette occasion elle a contesté l'évaluation médicale du Dr Q\_\_\_\_\_ et allégué ne plus pouvoir exercer la profession de coiffeuse en raison des divers produits utilisés.
10. Par décision du 5 novembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de l'assurée.
11. Par courrier du 4 décembre 2007, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant préalablement à ce que soit mise sur pied une expertise psychiatrique et, principalement, à ce que soient ordonnées des mesures de réinsertion professionnelle ou l'octroi d'une rente. L'assurée fait valoir que, convoquée par un médecin spécialisé en médecine interne, elle n'avait aucune raison de s'ouvrir à lui de ses problèmes psychiques. Elle s'étonne que le Dr Q\_\_\_\_\_ se soit appuyé sur ses propres explications pour motiver le fait qu'elle ne souffre pas de dépression, alléguant qu'il est "notoire qu'une personne souffrant de

troubles psychiques est absolument incapable d'analyser sa propre situation avec objectivité". Elle considère donc que l'OCAI aurait dû compléter l'instruction de son dossier sur le plan psychiatrique.

L'assurée allègue par ailleurs qu'au vu des problèmes respiratoires et des produits toxiques et volatiles utilisés en coiffure le métier de coiffeuse ne peut en aucun être considéré comme étant adapté à son état de santé. Elle allègue que l'Office aurait dû demander à un spécialiste en pneumologie de se déterminer sur l'adéquation du métier de coiffure dans le cas d'espèce.

Elle considère que l'Office a basé sa décision sur un dossier incomplet et demande que la cause lui soit renvoyée pour complément d'instruction.

12. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 17 janvier 2008, a conclu au rejet du recours. L'OCAI relève en premier lieu que la recourante n'a jamais bénéficié d'un suivi psychiatrique, hormis une période de quelques mois en 1990. Par ailleurs, quand bien même le médecin traitant fait état d'un trouble dépressif récurrent depuis 1991, il n'en détaille pas l'éventuelle gravité. Ledit trouble n'a au demeurant pas empêché l'assurée de travailler pendant plusieurs années. Les propos du Dr Q\_\_\_\_\_ ont d'ailleurs été corroborés par ceux du psychothérapeute qui a examiné la recourante lors de son séjour à la Clinique de Montana en décembre 2005. En conséquence, l'OCAI estime que la situation médicale de la recourante a été parfaitement élucidée et que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale ne se justifie pas.
13. Par courrier du 4 février 2008, la recourante a allégué que l'avis psychiatrique de décembre 2005 ne pouvait à lui seul motiver une décision prise en novembre 2007. Elle a par ailleurs informé le Tribunal de céans qu'en raison de problèmes d'alcoolisme, elle venait d'être prise en charge par le Centre de Thérapie des HUG.
14. Le 16 mai 2008, l'assurée a produit un rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_, du service d'addictologie des HUG, daté du 8 mai 2008, qui retient les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, syndrome de dépendance, actuellement abstinente, de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission et de traits de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif. Le médecin a conclu à une capacité de travail de 50% dans un environnement peu stressant avec des horaires réguliers, précisant que le métier de coiffeuse n'était par contre pas indiqué, sans en donner la raison.
15. Par écriture du 10 juin 2008, l'intimé a maintenu sa position. Il a fait valoir qu'aucun des diagnostics mentionnés n'était susceptible d'entraîner une incapacité de travail au sens de l'AI.
16. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 4 décembre 2008, au cours de laquelle ont été entendus plusieurs témoins à la demande de la recourante.

17. Le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il suivait l'assurée depuis 2001 et que deux problèmes revenaient de manière récurrente.

Le premier consiste en une atteinte pulmonaire directement liée à l'usage de la cigarette. L'assurée souffre de bronchite chronique, dégénérant parfois en broncho-pneumopathie, ce qui oblige son médecin à lui prescrire des antibiotiques quatre fois par an environ.

Le second problème, au premier plan selon le témoin, est d'ordre psychologique. A cet égard, le Dr N\_\_\_\_\_ a expliqué que les troubles de la personnalité de sa patiente ont pour conséquence une importante dépendance envers son entourage, mais aussi envers des produits exogènes tels que le tabac, l'alcool ou les benzodiazépines. Le témoin a émis l'avis que sa patiente aurait de grandes difficultés à modifier ses habitudes, alléguant que même les tentatives de médication n'ont pas eu de succès; en effet, sa patiente a pris depuis longtemps l'habitude de fuir plutôt que d'affronter certains obstacles, habitude qui sera extrêmement difficile à modifier.

Selon le Dr N\_\_\_\_\_, ces deux atteintes à la santé ont évidemment des conséquences sur la capacité de travail. Si le problème d'alcool semble actuellement en rémission, celui des benzodiazépines est encore présent.

Le médecin a évalué la capacité résiduelle de travail à 25% dans une activité adaptée, précisant qu'il serait souhaitable pour la patiente, pour son image d'elle-même et pour l'activation de son système métabolique et psychique, qu'elle reprenne une activité lucrative à condition que celle-ci ne la soumette ni à des stress, ni à des responsabilités. Ainsi, un poste de vendeuse lui a paru difficilement concevable parce que cela impliquerait la responsabilité de rendre la monnaie, tout comme celui de coiffeuse, en raison des désaturations présentées sur le plan pulmonaire et ce, indépendamment de toute allergie aux produits qu'elle serait amenée à utiliser. Le témoin n'a pas exclu que cela puisse aboutir, à terme, à une capacité de travail de 50%.

Le Dr N\_\_\_\_\_ a encore précisé que sa patiente a tendance à minimiser les symptômes des troubles psychiques qui sont les siens.

A la question de savoir si les dépendances ont eu des conséquences sur l'état de santé de la recourante, le témoin a répondu par l'affirmative s'agissant du tabac, mais par la négative s'agissant de l'alcool et des benzodiazépines. Il a expliqué que l'alcool n'avait pas eu de conséquences neurologiques ou physiques et que la situation est largement réversible. Quant aux benzodiazépines, elles ont une conséquence sur l'efficacité professionnelle (capacité à intégrer des directives, ou de tenir des horaires).

Le témoin a émis l'avis que ces dépendances sont induites par les troubles de la personnalité.

Enfin, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué une certaine aggravation depuis la bronchopneumonie sur le plan pulmonaire, puisque les désaturations sont plus importantes et qu'une tachycardie se manifeste parfois, ce qui entraîne une plus grande fatigabilité. A titre d'exemple, le témoin a évoqué une polyglobulie, c'est-à-dire un nombre plus important de globules rouges que la normale, qui démontre un manque d'oxygénation lié au tabac.

18. Le Dr P\_\_\_\_\_, qui a succédé à la Dresse O\_\_\_\_\_ en date du 1er octobre 2008, a indiqué avoir vu la patiente à deux reprises, une fois en octobre, une fois en novembre.

Le diagnostic principal est relatif au problème d'alcool. La Dresse O\_\_\_\_\_ a retenu en premier lieu le diagnostic de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, syndrome de dépendance. La consommation a varié de épisodique à abstinente, pour revenir à nouveau à une fréquence épisodique. Ainsi, en décembre 2007, sa consommation était continue (environ 1l de vin par jour). Après le sevrage qui a eu lieu en février 2008, elle a été abstinente jusque durant l'été 2008, puis sa consommation est redevenue épisodique.

Le second diagnostic est celui de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. Le troisième consiste en des traits de personnalité émotionnellement labile, de type impulsif. Ces traits ne sont cependant pas suffisamment nombreux pour que le diagnostic de trouble de la personnalité soit posé.

Selon le Dr P\_\_\_\_\_, c'est l'interaction de ces troubles, où dominant les traits d'impulsivité, qui a amené les médecins à conclure, au mois de mai 2008 à une reprise du travail à 50% seulement. En effet, cette conjonction entraîne chez la patiente une fragilité, qui s'est d'ailleurs traduite par la reprise de la consommation d'alcool. Cette fragilité se manifeste face au moindre facteur de stress.

Le témoin a dit partager l'opinion de la Dresse O\_\_\_\_\_ sur la question des contre-indications : celles-ci sont plutôt liées à la proximité de l'alcool et au stress important que pourraient engendrer des responsabilités. En revanche, le témoin n'a pas vu de contre-indication à exercer la profession de coiffeuse.

Par activité peu stressante, il a précisé qu'il entendait que la patiente puisse aménager son horaire de travail, et notamment obtenir le temps partiel préconisé. A la question de savoir si l'activité de caissière, par exemple, devrait être considérée comme stressante, le témoin a répondu qu'il était difficile de procéder à une évaluation dans l'absolu, certains postes de caissière pouvant répondre aux critères, d'autres non, par exemple en grande surface aux heures de pointe.

Le Dr P\_\_\_\_\_ a encore indiqué que le traitement psychiatrique était demeuré sous la responsabilité du Dr N\_\_\_\_\_ qui l'avait introduit et qu'il consiste en un comprimé antidépresseur, en un somnifère et en une dose d'anxiolytique, ce qui ne peut être qualifié de « traitement lourd ». Ces médicaments, dans les doses prescrites, n'entraînent pas de baisse de vigilance.

19. Monsieur Angelo NIGRO a expliqué être le pharmacien de la recourante. Il a témoigné du fait que depuis trois ans, il la trouvait "assez touchée" c'est-à-dire constamment essoufflée et abattue, alors qu'elle lui paraissait plus positive par le passé.

A titre purement personnel, Monsieur NIGRO a indiqué qu'il ne pourrait sans doute pas engager l'assurée, vu son état.

Il a ajouté que la recourante vient régulièrement faire prendre sa tension chez lui et que cette dernière est très fluctuante, avec de fortes arythmies. Elle arrive toujours essoufflée, alors que la pharmacie est facile d'accès.

20. Madame Francine JORDAN, ancienne coiffeuse citée comme témoin par la recourante, a indiqué avoir exercé la profession de coiffeuse jusqu'en 1983 et continuer à titre privé pour des amis.

Elle a confirmé que ce travail implique de manipuler à longueur de journée des produits agressifs servant pour les permanentes, les décolorations, les teintures, les laques, etc.

Le témoin a qualifié ce travail « d'assez stressant », expliquant qu'il implique un contact avec la clientèle et la nécessité de s'en créer une suffisante pour réaliser un chiffre d'affaires qui permette d'augmenter le salaire de base et que s'y ajoutent les éventuelles tensions avec les collègues.

Madame JORDAN a indiqué que la recourante, depuis sa septicémie, est toujours très essoufflée. Elle qui l'a connue toujours très active et dynamique, constate aujourd'hui qu'il lui est difficile de fournir le moindre effort et qu'elle perd le souffle très rapidement.

Elle a exprimé l'avis qu'il serait difficile à la recourante de reprendre la profession de coiffeuse car, d'une part, cela nécessiterait des stages pour une remise à niveau car il faut toujours être à la pointe de la mode, d'autre part, il lui faudrait travailler avec des produits agressifs.

Connaissant la recourante depuis longtemps, le témoin a tenu à souligner que cette dernière a travaillé durant de longues années sans ménager sa peine.

21. Par écriture du 14 janvier 2009, l'intimé a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours en se référant à l'avis du Dr MOTTO CAGNA-CORTHESEY, du SMR.

ce dernier a relevé que les traits de personnalité se constituent entre l'adolescence et le début de l'âge adulte et n'ont pas empêché l'assurée de travailler. Quant à l'alcoolisme, il a été souligné qu'épisodique, il n'était pas la conséquence d'un trouble de la personnalité. Sur le plan somatique, il a été relevé que le médecin traitant n'avait précisé ni la valeur des désaturations et de la polyglobulie – non présente lors des examens de laboratoire du 21 novembre 2005 - ni la sévérité des tachycardies. Il a été rappelé que, quoi qu'il en soit, une éventuelle aggravation postérieure à la décision litigieuse du 5 novembre 2007 n'entraîne pas dans le cadre du litige.

22. La recourante a quant à elle également persisté dans ses conclusions, continuant à demander que soit ordonnée une expertise psychiatrique.

### **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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

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 la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement celle de savoir quel est son degré d'invalidité éventuel et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.
5. 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 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) 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 aussi 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 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).  
  
c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou

---

d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.).

d) Au sujet 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

e) 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).

6. En l'espèce, la recourante fait grief à l'administration de ne pas avoir ordonné d'expertise psychiatrique en bonne et due forme.

Son médecin traitant, le Dr N\_\_\_\_\_, a en effet mentionné, au premier plan, un problème d'ordre psychique. Dans son rapport du 13 juillet 2006, il a fait état de troubles dépressifs récurrents présents depuis plusieurs années et d'une anxiété avec prise de benzodiazépines depuis 1991, expliquant que sa patiente avait rencontré de

gros problèmes anxiodépressifs durant les quinze dernières années avec abus de substance sous forme de tabac, d'alcool et de benzodiazépines.

S'agissant du trouble dépressif, il est vrai qu'en 2005, date à compter de laquelle le médecin traitant de l'assurée fait remonter l'incapacité de travail, les médecins de la Clinique Genevoise de Montana, qualifiaient le trouble en question de léger à moyen et qu'en mai 2008, il a été décrit comme « en rémission » par la Dresse O\_\_\_\_\_.

Quant aux traits de personnalité, il y a lieu de relever, ainsi que le fait l'intimé, qu'ils se constituent entre l'adolescence et le début de l'âge adulte et qu'ils n'ont pas empêché l'assurée de travailler par le passé.

Cependant, le Dr P\_\_\_\_\_, comme le Dr N\_\_\_\_\_, ont allégué que c'est l'interaction des troubles psychiques, où dominent les traits d'impulsivité, qui a amené les médecins à conclure, au mois de mai 2008 à une capacité de travail de 50% seulement. En effet, cette conjonction entraîne chez la patiente une fragilité, qui s'est d'ailleurs traduite par la reprise de la consommation d'alcool, et qui se manifeste au moindre facteur de stress.

Il convient de rappeler que, 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).

En l'espèce, à la question de savoir si les dépendances ont eu des conséquences sur l'état de santé de la recourante, le Dr P\_\_\_\_\_ a répondu par la négative s'agissant de l'alcool et des benzodiazépines. Il a expliqué que l'alcool n'a pas eu de conséquences neurologiques ou physiques et que la situation est largement réversible. Quant aux benzodiazépines, elles ont une conséquence sur l'efficacité professionnelle (capacité à intégrer des directives, ou de tenir des horaires).

Le Dr P\_\_\_\_\_ a certes émis l'avis que la consommation d'alcool était sans doute la conséquence des traits de personnalité de la recourante - traits qui ne sauraient cependant être considérés comme invalidants, puisqu'ils sont peu nombreux au point que le diagnostic de trouble de la personnalité ne peut être retenu et qu'ils n'ont pas empêché l'assurée de travailler par le passé.

Il est vrai qu'a priori, les troubles psychiques ne paraissent donc pas devoir entraîner d'incapacité de travail. Il est cependant troublant que tant le Dr N\_\_\_\_\_, dont il convient de rappeler qu'il dispose d'un diplôme de psychiatre, que le Dr P\_\_\_\_\_ et la Dresse O\_\_\_\_\_, du service d'addictologie, concluent à une diminution de la capacité de travail de 50%. Dans ces conditions, il apparaît qu'on ne saurait se prévaloir de l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_, généraliste, ou des médecins du SMR, qui ne se sont prononcés que sur dossier, pour conclure à l'absence de troubles psychiques invalidants. Il eût fallu, dans de telles conditions, procéder à une investigation psychiatrique par un spécialiste, pour pouvoir s'écarter des avis des médecins qui ont conclu à une incapacité de travail, au moins partielle.

En l'état, le Tribunal de céans constate qu'il est dans l'impossibilité de répondre avec le degré de vraisemblance prépondérant requis à la question de savoir si l'état de santé psychique de l'assurée influence sa capacité de travail.

Il est rappelé que l'autorité administrative doit constater d'office les faits déterminants, c'est-à-dire toutes les circonstances dont dépend l'application des règles de droit (ATF 117 V 261 consid. 3 p. 263; T. LOCHER, Grundriss des Sozialversicherungsrecht, Bern 1994, t. 1, p. 438). L'administration est ainsi tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure, et en particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il paraît nécessaire de clarifier des aspects médicaux (ATF 117 V 282 consid. 4a p. 283; RAMA 1985 p. 240 consid.4; LOCHER loc. cit.).

De son côté, le juge qui considère que les faits ne sont pas suffisamment élucidés peut renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction ou procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (RAMA 1993 p. 136). En matière d'assurance-invalidité, la première solution est en principe préférée (ATFA I 431/02 du 8 novembre 2002).

En l'espèce, il apparaît que des investigations médicales complémentaires sont nécessaires pour déterminer si l'état de santé de l'assuré, en particulier sur le plan psychique, influe ou non sa capacité de travail et dans quelle mesure. La cause n'étant, de l'avis du Tribunal de céans, pas suffisamment instruite pour permettre de se déterminer en connaissance de cause, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire puis nouvelle décision, étant rappelé qu'un renvoi à l'assureur, 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 le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise psychiatrique par un spécialiste indépendant, se détermine à nouveau sur le droit éventuel de l'assurée à des prestations. Une instruction complémentaire auprès d'un allergologue, telle que préconisée par le Dr Q\_\_\_\_\_ est également demandée. A défaut, l'intimé examinera quel serait le revenu exigible de l'assurée dans une profession adaptée, dont il est douteux que la coiffure fasse partie, eu égard aux problèmes pulmonaires évoqués.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de dépens.
5. Renonce à percevoir un émolument.
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); 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

Florence SCHMUTZ

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