

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2799/2007

ATAS/155/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 7 février 2008

En la cause

Madame D _____, domiciliée c/ M. D _____, au Petit-
Lancy, CH

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Mmes Christine KOEPEL et Violaine
LANDRY ORSAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____, a déposé en date du 31 janvier 2003 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).
2. Du rassemblement des extraits du compte individuel AVS (pce 7 OCAI) de l'assurée, il ressort que son activité lucrative lui a permis de réaliser les revenus suivants :
 - en 1989 : 6'474 fr.
 - en 1990 : 24'934 fr. (MKS FINANCE SA)
 - en 1991 : 51'423 fr.
 - en 1992 : 23'838 fr.
 - en 1993 : 19'598 fr. (SWISSAIR et GRIDLING WALTER)
 - en 1994 : 8'709 fr.
 - en 1995 : 3'000 fr.
 - en 1996 : 19'391 fr. (GIT GESTION ET INFORMATIQUE)
 - en 1998 : 6'977 fr. (KISS BORLASE EGON)
 - en 1999 : 18'202 fr. (KISS BORLASE EGON et AUTOACTIVE & FOOD)
 - en 2000 : 18'701 fr.
 - en 2001 : 18'000 fr.

L'assurée a par ailleurs traversé de nombreuses périodes de chômage.

3. Le Dr L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué à l'OCAI, dans un rapport daté du 6 mars 2003, que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler depuis février 2002.

Le médecin a posé les diagnostics suivants : troubles de personnalité labiles type impulsifs, dépendants et évitant, traits dyssociaux depuis 1985, état dépressif moyen à sévère récurrent accompagné d'attaques de panique depuis 1985, dépendance aux opiacés récurrente depuis 1991.

De l'anamnèse, il ressort que l'assurée aurait développé des troubles dépressifs et des troubles de comportement dès l'âge de 15 ans. Des troubles dépressifs, des troubles de la personnalité et sa dépendance aux toxiques (héroïne et alcool) ont justifié des soins dès l'âge de 20 ans. Sans formation professionnelle aboutie, elle a enchaîné les emplois non qualifiés. Des problèmes ont surgi de façon récurrente avec la plupart de ses employeurs. Le dernier poste occupé par l'assurée a été celui d'écuyère à 50%. Cette relation de travail s'est également terminée de façon conflictuelle. Après une rechute de consommation d'héroïne et en raison de difficultés financières, l'assurée a commencé à se prostituer en février 2002. Depuis l'été 2002, elle a été suivie par le Dr M_____ pour un traitement de substitution à la méthadone. Une importante labilité émotionnelle semble avoir été présente depuis des années; l'assurée souffre de dépression récurrente. Le médecin

a également mentionné une importante perte d'espoir, des troubles de la personnalité, des troubles relationnels importants, un isolement social et relationnel, des relations de couple conflictuelles et souvent traumatiques, une rechute de toxicomanie à l'héroïne et des périodes d'alcoolisations massives.

Le Dr L_____ a expliqué suivre l'assurée depuis décembre 2002 à raison d'une fois toutes les deux semaines pour une psychothérapie individuelle. Il a ajouté que la patiente était sous antidépresseurs et suivait en outre une cure de substitution à la méthadone.

Le médecin a évoqué la possibilité que l'état psychologique de sa patiente s'améliore ainsi que ses capacités et son épanouissement personnel, relationnel et professionnel mais vu la longueur de son incapacité à travailler, la sévérité de ses atteintes psychologiques et le risque de crises et de rechutes, le médecin a évoqué la possibilité que sa capacité de travail reste limitée pendant "une certaine période", voire de façon définitive.

4. Le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de dépendance à l'héroïne depuis 1992 et de troubles psychiatriques depuis 2000. Lui aussi a conclu à une incapacité de travail totale, qu'il a fait remonter au mois d'août 2003.

Selon le Dr M_____, la toxicomanie est la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale existant depuis l'enfance et qui s'est traduite par l'absence totale de formation et un désintérêt social. Il a ajouté que cette atteinte à la santé était importante dans la mesure où elle avait causé des dommages importants et une hospitalisation de longue durée.

5. Le dossier de l'assurée a été soumis à la Doctoresse. N_____, généraliste, du service médical régional de l'AI (SMR SUISSE ROMANDE). Cette dernière a émis l'avis, le 1^{er} juin 2005, que l'assurée disposait d'une capacité totale de travail dans son activité habituelle. La doctoresse N_____ a conclu à un syndrome de dépendance à l'héroïne utilisation continue, à un trouble de la personnalité labile de type impulsif, à des traits dyssociaux et à un état dépressif ne relevant pas du ressort de l'assurance-invalidité. La Dresse N_____ a estimé qu'il n'y avait pas suffisamment d'éléments dans l'anamnèse et la description du statut psychiatrique pour conclure à un trouble de la personnalité décompensé ou à une dépression sévère, les symptômes décrits pouvant faire partie du tableau habituel de toxicomanie. Elle en a tiré la conclusion que le trouble de la personnalité n'était pas décompensé, que la toxicomanie était primaire, que l'état dépressif n'était pas suffisamment grave pour avoir des répercussions sur la capacité de travail et qu'il n'y avait donc pas lieu de reconnaître une incapacité de travail au sens de l'assurance-invalidité.

6. Par décision du 9 juin 2005, l'OCAI a refusé à l'assurée l'octroi de prestations.

7. Par courrier du 29 juin 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision en alléguant brièvement que son état de santé l'empêchait depuis de nombreuses années d'exercer une activité. Elle a ajouté que, pour de plus amples renseignements, l'OCAI pouvait s'adresser à son médecin traitant, le Dr O_____.
8. Ce dernier, spécialiste en FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de trouble du comportement de type borderline présent depuis l'adolescence, d'inadaptation et marginalisation socio-professionnelles et de consommation de toxiques et dépendance. Il a conclu à une incapacité totale de travail depuis janvier 2003 et a ajouté que la toxicomanie était à son avis la conséquence d'une atteinte à la santé psychique (trouble de la personnalité de type borderline, inadaptation sociale ancienne et présente depuis une vingtaine d'années). Il a ajouté que cette atteinte à la santé avait une importance capitale dans le développement psychique et relationnel et qu'elle avait causé un dommage important sous forme de troubles affectifs et dysfonctionnement.
9. Dans un bref courrier adressé le 10 février 2006 à l'OCAI, la Dresse P_____, du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), a indiqué que l'assurée avait été hospitalisée dans cette unité du 4 au 9 janvier 2006 mais que cette courte évaluation clinique ne permettait de se prononcer avec fiabilité ni sur la pathologie psychiatrique dont souffrait la patiente ni sur sa capacité à investir une activité professionnelle.
10. Le collaborateur de l'OCAI en charge du dossier de l'assurée, relevant l'insistance du médecin traitant de l'assurée sur l'inaptitude de cette dernière à reprendre le travail, a suggéré la mise sur pied d'une expertise psychiatrique.
14. Le 4 avril 2007, la Dresse Q_____, médecin conseil au SMR et spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué qu'il était nécessaire d'obtenir une copie de la lettre de sortie de l'hospitalisation à Belle-Idée pour pouvoir se prononcer.
15. Du résumé de séjour qui a alors été versé au dossier, daté du 13 janvier 2006, signé par les Drs R_____, médecin adjoint, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et K. P_____, spécialiste FMH en médecine interne, il ressort que l'assurée a été hospitalisée du 4 au 9 janvier 2006. Le diagnostic principal est celui de troubles de l'adaptation, réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Ont également été mentionnés : un probable trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31) et une dépendance aux opiacés (F11.22). Il s'agissait d'une première hospitalisation en entrée non volontaire en raison d'un état dépressif majeur avec élément de la lignée psychotique et risque auto-agressif. La patiente a été décrite comme présentant un comportement opposant et projectif mettant en avant une symptomatologie psychotique avec un sentiment de persécution, une incohérence du discours, des attitudes d'écoute avec

description d'hallucinations auditives. Ce tableau a été déclaré comme étant en décalage avec un comportement organisé dans l'unité, des affects adéquats et un contact facile avec les autres patients. En reprenant ce tableau clinique en apparence psychotique, les médecins ont déclaré ne pas avoir été entièrement convaincus de son authenticité et ils ont estimé qu'il fallait le comprendre comme faisant partie du trouble de l'adaptation, voire d'un trouble factice, tout en admettant qu'il était cependant possible qu'il s'agisse d'un épisode micro-psychotique qui pourrait être assumé dans le diagnostic du trouble de la personnalité borderline. Ils ont expliqué que cette symptomatologie s'estompait spontanément en un à deux jours.

16. La Dresse Q_____ en a tiré la conclusion que l'hospitalisation ne constituait pas une aggravation formelle et durable de l'état de santé de l'assurée puisqu'un trouble de l'adaptation n'est pas invalidant et que par ailleurs l'assurée avait décrit une symptomatologie psychotique en totale contradiction avec son attitude. La Dresse Q_____ a en conséquence confirmé les conclusions du rapport du 1^{er} juin 2005 à savoir que l'assurée ne présentait pas d'atteinte au sens de l'assurance invalidité. Elle a écarté la proposition de mettre sur pied une expertise psychiatrique (cf. avis du 9 mai 2007).
17. En date du 11 juin 2007, une décision sur opposition a été rendue par l'OCAI, confirmant le refus de prestations du 9 juin 2005. Il a été retenu que les motifs médicaux à l'origine de l'hospitalisation du 4 au 9 janvier 2006 à Belle-Idée avaient spontanément disparu après deux jours de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'admettre une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée susceptible de diminuer sa capacité de travail. Quant à la toxicomanie, l'OCAI a estimé qu'elle n'était pas provoquée par une atteinte à la santé et ne constituait dès lors pas une invalidité au sens de la loi.
18. Par courrier du 11 juillet 2007, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans. Son courrier, intitulé "recours contre la décision sur opposition du 11 juin 2007" était rédigé en ces termes :

"Je fais recours contre votre décision de rejet étant dans l'incapacité total de travail certifiée par mes médecins depuis toujours. Demande et attend depuis 5 ans rendez-vous avec vos médecins (sic)"
19. Invité à se prononcer, l'OCAI, a conclu à l'irrecevabilité du recours au motif que ce dernier ne serait nullement motivé et ne comporterait aucune conclusion. Quant au fond, il a conclu à son rejet.
20. Une audience s'est tenue en date du 24 janvier 2008 à laquelle la recourante a fait défaut. L'intimé s'en est pour sa part rapporté à l'avis du SMR.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Se pose en premier lieu la question de la recevabilité du recours interjeté par l'assurée. En effet, l'intimé conclut à son irrecevabilité pour insuffisance de motivation et défaut de conclusions.

En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués ainsi que des conclusions. Ces exigences sont reprises par l'art. 89B de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative (LPA).

3. En l'espèce, le recours doit se voir déclarer recevable dans la mesure où il ressort clairement du courrier adressé au Tribunal de céans par l'assurée qu'elle entend recourir contre la décision sur opposition du 11 juin 2007. Elle motive ce recours par le fait qu'elle estime être dans l'incapacité totale de travailler et invite à s'en référer à ses médecins. Implicitement, on comprend par là qu'elle persiste dans sa demande de prestations. Quant à la phrase : "Demande et attend depuis 5 ans rendez-vous avec vos médecins (sic)", on peut en déduire qu'elle est prête, le cas échéant, à se soumettre à une expertise. Ce recours, certes maladroitement formulé et laconique répond néanmoins aux exigences minimales de recevabilité exigées par la loi.
4. Quant au fond, le litige porte sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre la recourante sont invalidantes et lui ouvrent, le cas échéant, droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. Selon l'art. 7 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

L'art. 16 LPGA prescrit que pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Les définitions de l'incapacité de travail, l'incapacité de gain, l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la

rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées à ce jour par la jurisprudence (ATFA I 626/03 du 30 avril 2004).

6. L'invalidité est une notion économique et non médicale; ce ne sont donc pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 no U 130 p. 272 consid. 3b; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a).
7. Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, il faut mentionner - outre les affections mentales proprement dites - les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies.

On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté et en travaillant dans une mesure suffisante; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée très objectivement. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas déterminant 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 = RCC 1977 p. 169; RCC 1984 p. 356 consid. 1b).

A teneur de la jurisprudence constante, les dépendances comme l'alcoolisme, la pharmacodépendance et la toxicomanie ne constituent pas en elles-mêmes des invalidités au sens de la loi. Une telle dépendance 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 ou mentale, nuisant à la capacité de gain, ou si elle résulte elle-même d'une atteinte à la santé physique ou mentale ayant valeur de maladie (VSI 2002 p. 32 consid. 2a; VSI 2001 consid. 2b p. 225; VSI 1996 consid. 1a p. 321 et réf. citées; VSI 1996, consid. 1a p. 325; VSI 1996 consid. 2a p. 319).

En d'autres termes, les toxicomanies (syndromes de dépendance comme l'alcoolisme ; RCC 1989 p. 283, 1969 p. 236), l'abus de médicaments (RCC 1964

p. 115), la dépendance aux stupéfiants (RCC 1992 p. 180, 1987 p. 467, 1973 p. 600; Pratique VSI 1996 p. 317, 2001 p. 223, 2002 p. 30), le tabagisme ou l'obésité (RCC 1984 p. 359) ne justifient pas à elles seules une incapacité de travail. Elles peuvent cependant avoir valeur d'invalidité si elles sont elles-mêmes la conséquence ou le symptôme d'une atteinte à la santé physique ou mentale engendrant une invalidité ou si elles sont à l'origine d'une atteinte à la santé physique et/ou mentale importante et durable, comme une lésion cérébrale organique ou neurologique ou une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif (CII N° 1013).

8. a) L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur les rapports adressés par le(s) médecin(s) traitant(s) 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, les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré, à indiquer quelles activités ce dernier est incapable d'exercer et dans quelle mesure. Les données médicales constituent en outre 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).

b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert Schüpbach, Bâle 2000 p. 268).

c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du

dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations à la recourante sur la base du de l'avis de la Dresse N _____, que la Dresse S _____ n'a ensuite fait que confirmer.

Le Tribunal de céans considère cependant que l'avis de la Dresse N _____ ne saurait cependant suffire à conclure à l'absence de troubles invalidants. En effet, la Dresse N _____ ne motive en rien les raisons pour lesquelles elle a conclu d'une part que le trouble de la personnalité de l'assurée n'était pas décompensé et d'autre part, que sa toxicomanie était "primaire" et ne devait pas se voir reconnaître de valeur invalidante au sens de l'AI. Elle s'est contentée d'indiquer qu'il n'y avait à son avis pas suffisamment d'éléments dans l'anamnèse et la description du status psychiatrique pour conclure à un trouble de la personnalité décompensé ou à une dépression sévère. Le Tribunal de céans relève cependant qu'il n'a pas été possible à la Dresse P _____ et au Dr R _____, pourtant spécialisés en psychiatrie, d'émettre un diagnostic sûr au terme d'une hospitalisation de cinq jours de l'assurée. Il s'étonne dès lors des conclusions catégoriques auxquelles a abouti la Dresse N _____ - dont il convient de relever qu'elle est généraliste - sur la seule base du dossier, au demeurant peu étayé. Au surplus, ces conclusions sont en contradiction avec celles des médecins traitants. Le Dr L _____ Y a en effet indiqué que les troubles de la personnalité et les traits dyssociaux, tout comme l'état dépressif - qu'il a qualifié de moyen à sévère - étaient présents depuis 1985 déjà, ce qui permet de douter du caractère primaire de la toxicomanie. D'autant qu'il ressort du dossier que l'assurée, sans formation professionnelle aboutie, a enchaîné les emplois non qualifiés et que des problèmes ont systématiquement surgi avec ses employeurs. Le Dr M _____ a d'ailleurs clairement indiqué qu'à son avis, la toxicomanie

était la conséquence d'une atteinte à la santé physique ou mentale existant depuis l'enfance, qui s'est traduite par l'absence totale de formation et un désintérêt social. Enfin, le Dr O_____ a confirmé la présence d'un trouble du comportement présent depuis l'adolescence. Dans ces circonstances, l'avis lapidaire de la Dresse N_____ ne suffit pas à se convaincre du caractère "primaire" de la toxicomanie de l'assurée. Au contraire, il est permis de supposer qu'elle pourrait être la conséquence ou à l'origine d'une atteinte à la santé mentale importante et durable, comme une altération d'origine organique de la personnalité sur le plan affectif.

Dans ces conditions, le Tribunal de céans considère qu'il eût fallu à tout le moins mettre sur pied une expertise psychiatrique approfondie, comme le suggérait le collaborateur de l'OCAI en charge du dossier. En l'état, ce dernier n'est pas suffisamment instruit pour permettre de se déterminer en toute connaissance de cause sur le point de savoir si les atteintes à la santé de la recourante peuvent se voir reconnaître un caractère invalidant.

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la cause renvoyée à l'intimé à charge pour ce dernier de mettre sur pied notamment une expertise qui sera confiée à un médecin ou un organisme spécialisé en psychiatrie et en matière de toxicodépendance, puis de rendre une nouvelle décision.

**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. Annule les décisions des 9 juin 2005 et 11 juin 2007
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 800 fr. à la charge de l'intimé.
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

Brigitte LUSCHER

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