REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2004/2007 **ATAS/1234/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 7 novembre 2007

En la cause

Madame G_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître VATERLAUS Doris — recourante

contre

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

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseures

EN FAIT

1. Madame G_____, née le 1959 au Portugal, est mère de trois enfants nés en 1983, 1994 et 1999.

2. En octobre 2003, elle fait l'objet d'une expertise psychiatrique par le Dr. A_____, dans le cadre d'une procédure devant le Tribunal tutélaire. Le but de l'expertise était notamment de déterminer dans quelle mesure l'intéressée était en mesure d'assumer la garde ainsi que l'encadrement et l'éducation de ses enfants. Dans son rapport du 7 janvier 2004, l'expert pose les diagnostics de troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission sous traitement, de personnalité émotionnellement labile type borderline, de status post embolie pulmonaire, sous anticoagulation orale, et de crises migraineuses. L'expert juge que l'intéressée est en mesure de reprendre l'éducation de ses enfants, à condition qu'une curatelle d'appui éducatif soit mise en place, en raison des troubles psychiatriques chroniques de la mère. Il préconise également un contrôle strict de la médication à la consultation psychiatrique des adultes. L'expert relève par ailleurs "Nous sommes également conscients de son besoin actuel d'être soutenue financièrement par l'assurance-invalidité". Il ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail de l'expertisée. Dans le status psychiatrique, l'expert mentionne notamment que l'expertisée fait état de vertiges, de céphalées et de jambes gonflées le soir, lorsqu'elle évoque la Suisse et le monde du travail. Quant aux caractéristiques de la personnalité borderline, elles sont avant tout une fragilité émotionnelle sous forme d'une impulsivité, d'un vide affectif et d'une difficulté importante à supporter les séparations, qui peuvent mener à une dépression chronique. Il ressort de l'anamnèse de cette expertise que l'intéressée a commis une première tentative de suicide par médicaments à l'âge de 18 ans. Après s'être installée en Suisse, un état dépressif est diagnostiqué par son médecin traitant en 1993. En 1994, elle se sépare de son concubin et père de sa fille et travaille "au noir" en tant que serveuse. En 1998, elle est hospitalisée pour un épisode dépressif à l'Hôpital de Nyon. Après la naissance d'un troisième enfant en 1999, issu d'une union avec un second époux, elle se sépare de celui-ci en août 2001. Suite à cette séparation, elle développe un nouvel état dépressif. Elle est soutenue financièrement par l'Hospice général. Le 28 janvier 2002, elle commet un nouveau tentamen médicamenteux, suite à une tentative de reprise de la vie commune du couple et au nouveau départ du mari du foyer familial, dans un contexte de dettes persistantes. En février 2002, l'expertisée se fait hospitaliser volontairement dans un état dépressif sévère, après avoir appris l'accident grave de la circulation de son fils aîné. Les enfants sont placés provisoirement dans une famille d'accueil. Par la suite, elle a pu reprendre ses enfants progressivement, tout en les confiant pendant la journée à la mère d'accueil. Son traitement est poursuivi au Centre de thérapie brève au moyen, notamment, d'un anti-dépresseur à haute dose et d'un neuroleptique. En mai 2002, elle fait appel à SOS médecins pour des crises migraineuses inaugurales. En août 2002, elle est contrainte de prendre des

anticoagulants pour retraiter une embolie pulmonaire. Le 10 septembre suivant, elle fait appel à SOS médecins en raison d'une suspicion d'hémiplégie droite. Il s'avère toutefois qu'elle est imbibée d'une importante quantité médicamenteuse et éthylique avec hypotonie généralisée et probable association de symptômes histrioniques. Dès le 15 octobre 2002, elle a repris l'éducation de ses enfants à part entière. Elle rencontre cependant des difficultés avec sa fille Helena, née en 1994. Au début de l'année 2003, elle commet une tentative d'infanticide sur celle-ci, après avoir arrêté le traitement anti-dépresseur depuis un mois. Le Centre de thérapie brève pose alors le diagnostic de troubles dépressifs récurrents d'intensité actuelle moyenne. Les enfants sont replacés dans une famille d'accueil.

3. Le 1er mars 2004, l'expert est auditionné par le Tribunal tutélaire. Il relève que l'intéressée souffre d'un état dépressif stabilisé sous traitement et qu'elle doit prendre les médicaments à vie, dès lors qu'elle a eu au cours de son existence trois hospitalisations. Elle présente une personnalité qui est particulièrement fragile émotionnellement et la prédispose à une certaine instabilité et à la rechute.

4. Par demande reçue le 7 avril 2004, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente.

5. Dans son rapport médical du 11 octobre 2004, le Dr. B_____ de la Consultation psychiatrique des Pâquis des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : "établissement hospitalier") diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré, une personnalité émotionnellement labile, type borderline. L'incapacité de travail est totale depuis 2001. L'état est stationnaire et la capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures médicales ou des mesures professionnelles. Il est mentionné dans ce rapport que, au niveau professionnel, l'assurée a travaillé comme serveuse de 1994 à 1998, puis a été au chômage et n'a pas retrouvé du travail depuis lors. Le pronostic est réservé s'agissant d'une affection psychiatrique chronique. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, ce médecin mentionne que l'incapacité de travail est due exclusivement à des affections physiques ou mentales.

6. Dans son rapport du 25 octobre 2004, le Dr C_____, spécialiste en médecine interne, pose le diagnostic d'état dépressif sévère. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : status post embolie pulmonaire, céphalées de tension et migraine. L'incapacité de travail est de 100 % depuis le 28 janvier 2002 à nos jours. L'état va en s'aggravant, la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles sont indiquées. Ce médecin traite l'assurée depuis le 30 mai 2002. Dans l'annexe à son rapport médical de la même date, ce praticien indique que l'exercice d'aucune activité professionnelle n'est exigible.

7. Le 4 mai 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), adresse une demande d'expertise au Dr D_____ de l'Institut universitaire de médecine légale. Le 17 mai 2005, la Dresse. E_____, médecin-chef de clinique de cet institut, informe l'OCAI qu'elle est disposée à se charger de l'expertise souhaitée, laquelle sera effectuée par la Dresse F_____, médecin interne au département de psychiatrie des "établissement hospitalier".

8. Le 24 mai 2005, l'OCAI adresse une demande d'expertise médicale à la "établissement hospitalier", à l'attention de la Dresse F_____.

9. Le 6 juin 2005, il envoie une nouvelle demande d'expertise médicale à la "établissement hospitalier", sans précision d'un médecin, et en informe l'assurée par courrier de la même date.

10. Par décision du 5 juillet 2005, l'assurée est déclarée inapte au placement par l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE).

11. Dans son rapport d'expertise du 10 novembre 2005, visé par la Dresse E_____ et le Prof. D_____, la Dresse F_____ pose les diagnostics de status post embolie pulmonaire bilatérale d'origine indéterminée, sous anticoagulants oraux, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, présent depuis la période de l'adolescence. Ce dernier trouble se caractérise par une immaturité, une instabilité, une labilité émotionnelle et thymique, ainsi que des plaintes somatiques diverses. Il est hautement probable que les crises migraineuses se sont développées sur le terrain fragile de ce trouble à partir du moment où l'expertisée s'est vue confrontée à la nécessité d'assumer des responsabilités d'adulte. Le pronostic est réservé en raison des réalités socio-familiales difficiles, de l'ancienneté du trouble de la personnalité et de la difficulté de le traiter. La fatigabilité importante, la prise d'anticoagulants et les céphalées chroniques de tension sont liées à la surcharge de la vie et à l'anxiété. L'expertisée a des difficultés à faire face à l'éducation de ses enfants, en tant que jeune femme seule, malade et fragile physiquement, et à assimiler les responsabilités de façon constante. Néanmoins, elle présente probablement une aptitude à s'intégrer dans un cadre hiérarchique, à condition que celui-ci se montre suffisamment solide. Ses facultés intellectuelles sont conservées. Sur le plan social, elle rencontre des difficultés à l'intégration sociale harmonieuse en raison du trouble de la personnalité, mais pourrait s'intégrer dans un cadre social étroit suffisamment valorisant. L'incapacité de travail est totale dans l'activité exercée jusqu'ici en raison de l'état post embolique et des crises migraineuses. Cette incapacité existe depuis 2001. L'experte estime en outre qu'une activité à 20 ou 30 % pourrait être exigée de la part de l'expertisée, après qu'elle ait été traitée pour son embolie pulmonaire, ses crises migraineuses et ses troubles psychiques. Elle relève par ailleurs que les plaintes somatiques et le trouble de la personnalité borderline peuvent provoquer une dépression.

12. Le 16 décembre 2005, le Dr. G_____, psychiatre au Service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) se prononce sur l'expertise psychiatrique de la Dresse F_____. Se fondant sur le fait que l'experte a considéré que l'assurée présente une aptitude à s'intégrer dans un cadre hiérarchique, à condition que celui-ci se montre suffisamment solide, et qu'elle a conservé ses facultés intellectuelles, le Dr G_____ estime que la capacité de travail de l'assurée est entière dans une activité sans responsabilité particulière, comme celle de serveuse. Le Dr G_____ relève par ailleurs que le diagnostic d'état dépressif n'est pas repris dans l'expertise F_____. Quant au Dr C_____, il n'a pas étayé de manière rigoureuse le diagnostic d'état dépressif sévère qu'il a posé. S'agissant de l'expertise du Dr A_____, elle ne met en évidence aucun signe ou symptôme qui pourrait constituer une limitation fonctionnelle, la dépression étant considérée en rémission. Par ailleurs, la Dresse F_____ a bien mentionné des troubles cognitifs, mais ne les a pas repris comme des limitations fonctionnelles sur le plan psychique, ce qui montre qu'ils ne sont pas incapacitants. Il ajoute ce qui suit:

    "Quant à la difficulté à assumer des responsabilités de façon constante (...), elle s'inscrit dans le trouble de la personnalité dont souffre l'assurée mais n'entrave pas les activités professionnelles exercées jusqu'ici.

    (...) nous ne pouvons pas considérer le trouble de la personnalité comme incapacitant au sens de l'AI, dans la mesure où l'assurée ne présente pas des décompensations continuelles, fréquentes et répétées, et qu'elle n'a plus été hospitalisée en milieu psychiatrique depuis 2002."

13. Par décision du 9 janvier 2006, l'OCAI refuse à l'assurée tout droit aux prestations.

14. Par courrier du 16 janvier 2006, le Dr H_____ de la "établissement hospitalier" convoque l'assurée pour le 6 février 2006 en vue d'une expertise médicale. Copie de cette convocation est transmise à l'OCAI pour information.

15. Par courrier du 19 janvier 2006, l'assurée forme opposition à la décision du 9 janvier 2006 de l'OCAI. Elle relève qu'elle souffre d'une importante tristesse, d'un découragement, de problèmes de sommeil, d'un manque de concentration et d'une fatigue importants, pour lesquels elle est traitée par un psychiatre. Elle a également des maux de tête quotidiens avec des nausées et une intolérance à la lumière et au bruit. Elle fait en outre valoir avoir été hospitalisée à de multiples reprises en raison d'une embolie pulmonaire et d'une perte de poids sur maladie colique. Elle estime ainsi être incapable de reprendre une activité professionnelle.

16. Par décision sur opposition du 26 janvier 2006, l'OCAI rejette celle-ci, en se fondant sur l'avis du Dr G_____.

17. Par courrier du 1er mars 2006, le Dr C_____ fait part au gestionnaire du dossier de l'OCAI, M. I_____, que le Dr H_____ lui a téléphoné fâché ce jour pour l'informer qu'il n'a pas pu terminer l'expertise pour laquelle il avait été mandaté, dès lors qu'il a appris que le dossier de la patiente avait été transmis par erreur directement au Tribunal cantonal des assurances, sans que l'OCAI ait reçu ses conclusions. Le Dr C_____ relève également ce qui suit :

    "... Mme S_____ a bien reçu un deuxième document de procédure d'opposition à la décision AI qu'elle n'a malheureusement pas signé car elle pensait en toute bonne foi qu'étant en expertise, la procédure suivait son cours et qu'il devait s'agir d'une erreur !"

    Mme S_____ se trouve maintenant dans une situation inextricable, le délai d'opposition étant écoulé. Je vous serais donc reconnaissant de faire le nécessaire rapidement pour rétablir la situation dont elle n'est pas entièrement responsable."

18. Selon la note de travail de M. I_____ du 6 mars 2006, le Dr H_____ l'a contacté le 24 février 2006, pour lui faire part de son irritation après avoir appris qu'une décision a été rendue, alors même qu'il vient de convoquer l'assurée à une consultation. Le gestionnaire estime néanmoins que la décision sur opposition n'est pas affectée d'un vice manifeste qui justifierait son annulation. Il se pose toutefois la question de savoir si elle est valable, compte tenu du double mandat d'expertise.

19. Le 6 mars 2006, M. I_____ informe le Dr C_____ que le dossier de sa patiente n'a pas été transmis au Tribunal de céans et qu'une décision sur opposition a été rendue le 26 janvier 2006.

20. Par demande reçue le 29 mai 2006, l'assurée sollicite de nouveau des prestations de l'assurance-invalidité.

21. Par courrier du 30 mai 2006, l'OCAI invite l'assurée à lui faire parvenir tous les documents utiles permettant de rendre évident un changement des circonstances médicales depuis janvier 2006.

22. Par courrier du 8 juin 2006 adressé au directeur de l'OCAI, l'assurée sollicite un changement de gestionnaire et transmet divers certificats d'incapacité de travail établis par le Dr C_____, certifiant une incapacité de travail depuis le 1er janvier 2003, par le Dr J_____, psychiatre, attestant une incapacité de travail depuis le 7 avril 2006, et par le Service de psychiatrie adultes attestant une incapacité de travail à partir du 1er novembre 2004. Elle joint en outre un certificat médical concernant son hospitalisation du 20 mars au 7 avril 2006 au Service de

neurologie des "établissement hospitalier" et son hospitalisation depuis le 10 août 2005 en chirurgie viscérale.

23. Dans sa note de travail du 19 juin 2006, le gestionnaire du dossier note ce qui suit :

> *"Considérant que Mme G1_____ tente de rendre plausible une modification de son état de santé, nous révisons la situation médicale."*

24. A la demande de l'OCAI, le Dr J_____ atteste le 29 juillet 2006 que sa patiente souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques, et d'un trouble de la personnalité borderline. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il indique des crises migraineuses et un status post plusieurs tentatives de suicide. Il a commencé le traitement de l'assurée le 13 février 2006 et atteste une incapacité de travail à 100 % à partir du 7 avril 2006. Dans le questionnaire complémentaire pour des troubles psychiques annexé à son rapport, ce médecin mentionne que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale, ainsi que des événements de vie adverse influencent grandement l'affection actuelle. Il pense toutefois que si les circonstances se modifiaient, les troubles psychiques ne disparaîtraient pas.

25. Dans son rapport du 11 septembre 2006, la Dresse. K_____, chef de clinique du Service de neurologie des "établissement hospitalier", diagnostique un état anxio-dépressif et des céphalées chroniques. Elle mentionne à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail une myasthénie oculaire, une hypercholestérolémie et un status post embolie pulmonaire en 2002.

26. Dans son avis médical du 14 février 2007, le Dr L_____ du SMR constate que les rapports des Dr J_____ et de la Dresse K_____ ne font état d'aucun fait nouveaux sur le plan médical depuis la décision du 26 janvier 2006 de l'OCAI.

27. Le 15 mars 2007, le Dr J_____ informe l'OCAI que sa patiente souffre toujours d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuellement sévère, qui l'empêche d'exercer une quelconque activité professionnelle. Elle bénéficie par ailleurs d'une aide à domicile pour les tâches ménagères.

28. Par décision du 30 mars 2007, l'OCAI refuse d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif qu'elle n'a pas rendu plausible que l'état de fait s'était modifié depuis sa décision du 26 janvier 2006.

29. Le 14 mai 2007, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Subsidiairement, elle demande des mesures de réadaptation professionnelle. Elle estime que le principe de la bonne foi a été violé, dans la mesure où l'intimé lui a

fait croire par son comportement que, même après sa décision du 26 janvier 2006, la procédure était toujours en cours, dès lors qu'il n'a pas procédé à l'annulation de l'expertise confiée au Dr H_____ et n'a plus rien entrepris pour clarifier la situation après que cet expert lui ait adressé une convocation. Le comportement de l'intimé l'a empêchée d'interjeter recours contre la décision du 26 janvier 2006. Dans ces conditions, la recourante considère que cette décision est nulle, tout en précisant avoir formé une nouvelle demande de prestations uniquement parce qu'elle a été privée d'une voie de droit par la faute de l'intimé. Par ailleurs, sur la base de l'expertise de la Dresse F_____, elle estime qu'il est établi qu'elle est en incapacité de travail totale. Les nouveaux rapports médicaux qu'elle a produits corroborent également les conclusions de cette expertise.

30. Dans sa détermination du 21 juin 2007, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève qu'il n'a jamais donné de promesse, de sorte qu'il ne saurait être considéré que la recourante aurait été induite en erreur par son office. De surcroît, il fait valoir que la situation médicale ne s'est pas modifiée depuis sa décision du 26 janvier 2007.

31. Par courrier du 16 juillet 2007, la recourante fait savoir qu'elle souhaiterait faire entendre des témoins, notamment les experts des "établissement hospitalier".

32. A la demande du Tribunal de céans, l'intimé l'informe le 18 septembre 2007 que sa décision sur opposition du 26 janvier 2006 a été envoyée par courrier simple à la recourante, de sorte que la preuve de la réception de cet acte ne peut être apportée.

33. Le 8 octobre 2007, la recourante indique au Tribunal de céans qu'elle n'est pas en mesure de répondre à la question du Tribunal de céans relative à la date de la réception de la décision du 26 janvier 2006. Elle relève pour le surplus que l'intimé a pris cette décision prématurément, avant d'être en possession de l'expertise commanditée auprès des "établissement hospitalier". Par ailleurs, le rapport du Dr H_____ n'a jamais été transmis à la recourante. Elle estime ainsi qu'il y a un problème de procédure, comme l'intimé lui-même l'a constaté. Elle répète enfin que la manière de procéder de l'intimé l'a induite en erreur.

34. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. Il convient en premier lieu de se poser la question de savoir si la lettre du 1er mars 2006 du Dr C_____ doit être considérée comme un acte de recours contre la décision du 26 janvier 2006 que l'intimé aurait dû transmettre d'office au Tribunal de céans, en vertu de l'art. 30 LPGA.

a) Selon l'art. 56 al. 1 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours, lequel doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision (art. 60 al. 1 LPGA). La procédure doit être simple et rapide (art. 61 let. a LPGA) et l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, aux termes de l'art. 61 let. b LPGA. Si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le Tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. Ces exigences sont reprises par l'art. 89 al. 1 de la loi cantonale sur la procédure administrative du 12 septembre 1985. En vertu de l'al. 2 de cette disposition, la décision attaquée et les pièces invoquées doivent également être jointes au recours. L'al. 3 de cette disposition prescrit que, si la lettre ou le mémoire n'est pas conforme à la loi, le Tribunal cantonal des assurances sociales impartit un délai convenable à son auteur pour le compléter, en indiquant qu'en cas d'inobservation, la demande ou le recours sera écarté.

La preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe, en principe, à l'administration. Celle-ci supporte les conséquences de l'absence de preuve, en ce sens que si la notification, ou sa date, sont contestées, et qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF 124 V 402 consid. 2a, 103 V 66 consid. 2a; RAMA 1997 no U 288 p. 444 consid. 2b et les références).

b) En l'occurrence, il ressortait indubitablement du courrier du 1er mars 2006 du Dr C_____ que sa patiente désirait recourir contre la décision du 26 janvier 2006. Quant au délai de recours, il ne peut être exclu que cette lettre ait été envoyée avant l'expiration du délai de recours de 30 jours. Or, comme relevé ci-dessus, la preuve de la notification d'une décision administrative et de la date à laquelle cette notification a eu lieu incombe en principe à l'administration et celle-ci supporte ainsi les conséquences de l'absence de preuve. La recourante ne se rappelant plus quand elle a reçu la décision en cause, il y a par conséquent lieu d'admettre que le courrier du Dr C_____ a respecté le délai de recours.

Certes, cette missive ne respecte pas les conditions procédurales prescrites par les art. 61 LPGA et 89B LPA. Cependant, dans la mesure où aucun délai n'a été imparti à la recourante pour compléter son recours et pour fournir une procuration en faveur du Dr C_____, il convient de déclarer ce recours recevable. Il n'y aurait en effet aucun sens à inviter la recourante dans la présente procédure à compléter son recours, dans la mesure où elle a aujourd'hui changé de mandataire et a motivé la contestation de cette décision dans la procédure de recours.

3. Pour le surplus, il y a lieu de considérer que le principe de la bonne foi a été violé. Ce principe découle directement de l'art. 9 Constitution fédérale (Cst) et vaut pour l'ensemble de l'activité étatique. Il protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après une décision, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration. En vertu de la jurisprudence, un renseignement ou une décision erronée de l'administration peuvent obliger celle-ci à accorder à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition (a) que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences ; (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu ; (d) qu'il soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour prendre les dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636). Si l'administration omet de renseigner un administré alors qu'elle était légalement tenue de l'informer (art. 27 LPGA) ou que les circonstances du cas particulier le justifiaient, il convient d'assimiler ce comportement à la fourniture d'un renseignement inexact (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480).

4. En l'espèce, la recourante a été convoquée par le Dr H_____ pour le 6 février 2006 en vue d'une expertise. L'intimé en a par ailleurs été informé par ce médecin. Néanmoins, il n'a pas jugé nécessaire de faire savoir au Dr H_____ et à la recourante que ce mandat était annulé, alors même qu'il avait rendu une décision sur opposition le 26 janvier 2006, soit avant que la recourante ait été examinée par ce médecin.

   En raison du comportement contradictoire de l'intimé, la recourante pouvait croire de bonne foi que la procédure d'opposition n'était en fait pas terminée, en dépit de la décision sur opposition du 26 janvier 2006. A cet égard, il convient de considérer que les conditions de la protection de la bonne foi précitées sont remplies. En effet, l'OCAI a agi, ou plutôt a omis d'agir, dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées ; il aurait dû agir dans les limites de ses compétences et la recourante n'a pas pu se rendre compte immédiatement de l'incorrection du comportement de l'intimé, à savoir l'omission de l'aviser de l'annulation de l'expertise et de la fin de la procédure d'opposition; elle s'est par ailleurs fondée sur

ce comportement qui l'a amené à penser qu'elle ne devait pas former recours contre la décision du 26 janvier 2007, et la réglementation n'a pas changé depuis le comportement litigieux de l'intimé.

De surcroît, l'intimé a également violé le devoir d'information. Il aurait en effet dû annuler l'expertise confiée au Dr H_____ et informer la recourante que sa décision sur opposition du 26 janvier 2006 gardait toute sa valeur. Le fait que la décision litigieuse ait indiqué clairement les voies de recours est à cet égard sans importance, dans la mesure où la recourante ne disposait pas de connaissances juridiques particulières et n'était assistée à l'époque d'aucun conseil. Le silence de l'intimé avait par ailleurs pour effet de la conforter dans l'idée erronée qu'il n'était pas nécessaire de recourir contre cette décision, lui a par conséquent causé un préjudice énorme sur le plan procédural.

L'omission de l'intimé d'attirer l'attention de la recourante sur les désavantages qu'elle risquait sur le plan légal en raison de la renonciation au recours est assimilée à la fourniture d'un renseignement inexact et constitue, partant, une violation du principe de la bonne foi (ATF non publié du 27 mars 2007, cause I 25/06, consid. 5.2).

5. La recourante ayant valablement interjeté recours contre la décision sur opposition du 26 janvier 2006, par laquelle les prestations ont été refusées, il y a lieu de considérer que sa seconde demande, ainsi que la décision rendue dans cette nouvelle procédure du 30 mars 2007, sont devenues sans objet. En effet, à aucun moment, la recourante n'a fait valoir une véritable aggravation de son état. Son intention était dès le départ d'obtenir un réexamen de la décision du 26 janvier 2006 par le dépôt d'une nouvelle demande, comme elle l'indique expressément dans son mémoire de recours.

6. Cela étant, il convient d'examiner le bien-fondé de la décision du 26 janvier 2006. Est litigieux le point de savoir si la recourante souffre d'une atteinte à sa santé psychique engendrant une invalidité ouvrant le droit aux prestations.

7. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

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 de sa santé physique ou

mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui 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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

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). 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; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

8. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur entrée en vigueur le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois quarts et 70 % au moins rente entière.

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

11. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

12. En l'espèce, la recourante a fait l'objet de deux expertises médicales, l'une par le Dr A_____ et la seconde par la Dresse F_____. Ces experts sont unanimes pour diagnostiquer, à l'instar des médecins traitants, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline, à titre d'atteinte à la santé psychique. Quant au Dr A_____, il a également mentionné des troubles dépressifs récurrents, actuellement en rémission et sous traitement. Tel est aussi le diagnostic du Dr B_____, du Dr C_____ et du Dr J_____. Il est vrai que ce diagnostic n'a pas été mentionné par la Dresse F_____. Celle-ci a néanmoins relevé que le trouble de la personnalité borderline peut mener à une dépression, comme cela s'était produit à plusieurs reprises dans le passé. La Dresse F_____ et tous les autres médecins traitants de la recourante s'accordent d'ailleurs à constater qu'elle est en incapacité de travail totale ou qu'elle présente tout au plus une capacité de travail de 20 à 30%.

    Quant à la qualité des expertises, elles remplissent sans conteste les critères jurisprudentiels précités pour leur reconnaître une pleine valeur probante. Les diagnostics ont notamment été posés dans une classification reconnue et les conclusions reposent sur des examens approfondis.

    Les conclusions des experts n'ont néanmoins pas convaincu le Dr G_____ du SMR. Ce médecin a notamment relevé que la Dresse F_____ n'avait pas diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, même s'il apparaît en rémission. Le Dr G_____ n'a en outre pas jugé crédible que les limitations fonctionnelles au plan psychique et mental mentionnées par les experts mènent à une incapacité de travail. Au contraire, il a déduit du fait que l'assurée présente une aptitude à s'intégrer dans un cadre hiérarchique suffisamment solide qu'elle a conservé ses facultés intellectuelles, que sa capacité de travail devait être entière dans un poste sans responsabilité.

    Il convient toutefois de relever que le Dr G_____ n'a à aucun moment examiné la recourante et qu'il a uniquement procédé à une appréciation du dossier sur la base des pièces médicales. Cela étant, son avis ne saurait être propre à mettre en cause les avis de deux experts quant aux diagnostics et l'expertise réalisée dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité concluant à une incapacité de travail d'au plus de 30%. Contrairement à l'avis du Dr G_____, les conclusions de la Dresse F_____ emportent la conviction du Tribunal de céans, compte tenu de la fragilité psychique énorme de la recourante, telle qu'elle

résulte clairement de son anamnèse, et du trouble de la personnalité diagnostiqué dont elle découle. Ainsi, il ressort des expertises mises en œuvre que la recourante rencontre des difficultés majeures rien que dans l'éducation de ses enfants. Par ailleurs, elle n'est pas non plus en mesure d'assumer des tâches domestiques et doit bénéficier d'une aide à domicile, comme le Dr J_____ l'atteste dans son courrier à l'intimé du 15 mars 2007.

Au vu de ce qui précède, sur la base de l'ensemble du dossier médical, il convient d'admettre que la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé psychique, une incapacité de travail d'au moins 70% dans n'importe quelle activité professionnelle. Partant, il convient de lui octroyer une rente d'invalidité entière.

13. Quant au début de l'incapacité de travail, la Dresse F_____ estime que celle-ci existe depuis 2001. Au vu de l'anamnèse, cette conclusion apparaît convaincante. Ainsi, en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, le droit à la rente est né une année après, soit en 2002.

    Toutefois, l'assurée a formé sa demande de prestation d'invalidité seulement en avril 2004. Or, aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont octroyées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande, sauf s'il ne pouvait pas connaître les faits donnant droit à prestations et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Cette dernière hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'occurrence.

    Ainsi, le droit aux prestations naît in casu en avril 2003.

14. Au vu de ce qui précède, le recours contre la décision du 26 janvier 2006 sera déclaré recevable et admis. La recourante sera ainsi mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière à compter du 1er avril 2003. Quant au recours contre la décision du 30 mars 2007, il sera déclaré sans objet.

15. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens.

16. En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

    Compte tenu de ces éléments, il se justifie de condamner l'intimé à un émolument maximal de 500 fr.

***

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare recevable le recours contre la décision du 26 janvier 2006.

Au fond :

2. Déclare le recours contre la décision du 30 mars 2007 sans objet.

3. Admet le recours contre la décision du 26 janvier 2006.

4. Annule cette décision.

5. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière à compter du 1er avril 2003.

6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens.

7. Condamne l'intimé à un émolument de justice fixé à 500 fr .

8. 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

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