

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4585/2006

ATAS/331/2008

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 19 mars 2008**

En la cause

Madame B\_\_\_\_\_, domiciliée à PERLY CERTOUX,  
représentée par CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges  
assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née en 1962, en Algérie, où elle a effectué sa scolarité obligatoire et a suivi pendant une année une école de coiffure sans obtenir de certificat.
2. Arrivée à Genève aux environs de 1983 mais au bénéfice d'un permis de séjour depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1989, elle a mis au monde un fils en 1989. Puis, du 1<sup>er</sup> août 1992 au 30 novembre 1993, elle a travaillé en tant qu'aide de ménage et de bureau chez X\_\_\_\_\_. Du 1<sup>er</sup> décembre 1993 au 31 juillet 1995, elle a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage tout en travaillant partiellement chez Y\_\_\_\_\_ SA du 1<sup>er</sup> octobre au 30 novembre 1994. Dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal, elle a travaillé à la maternité en tant que nettoyeuse du 3 janvier au 2 juillet 1996. Puis, du 3 juillet 1996 au 2 juillet 1998, elle a de nouveau bénéficié de prestations de l'assurance-chômage tout en effectuant des remplacements comme vendeuse auprès de Z\_\_\_\_\_ du 16 février au 14 mars 1998. Elle a également exercé la même activité auprès de XX\_\_\_\_\_ durant le mois de décembre 1998.
3. Le 10 octobre 2001, en raison de problèmes psychiques, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) tendant à l'octroi d'une rente et a indiqué qu'elle était femme au foyer.
4. Dans un rapport d'évaluation du 26 février 2002, la psychologue L\_\_\_\_\_ du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) a mis en évidence une grande difficulté de la patiente à faire face aux situations nouvelles, des acquis scolaires très limités et des capacités cognitives semblant très altérées actuellement par le fonctionnement pathologique de sa personnalité.
5. Dans un rapport du 2 mai 2002, le Dr M\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de psychiatrie des HUG, a diagnostiqué des troubles de la personnalité paranoïaque (F. 60.0) et un épisode dépressif moyen (F. 32.1) existant depuis février 2001. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> juin 2001.
6. Le 2 août 2002, le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics ainsi que la date de l'incapacité de travail totale et a indiqué que les troubles psychiques n'étaient pas réactionnels à des événements de vie adverses. Il a précisé que la patiente présentait une sensibilité excessive aux critiques et aux échecs, un refus de pardonner les insultes ou les préjudices, une tendance rancunière tenace et un caractère soupçonneux. Quant à l'épisode dépressif moyen, il a exposé qu'il était caractérisé par une thymie triste, une hyperfatigabilité, une diminution de la concentration, des troubles du sommeil, une perte d'appétit avec amaigrissement et des idées pessimistes.

7. Dans un rapport du 25 août 2002 rédigé à la demande de l'OCAI, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de psychiatrie des HUG, a précisé que le trouble paranoïaque était très probablement présent depuis l'adolescence dès lors que la patiente décrivait des problèmes relationnels depuis cet âge. Il a ajouté que les symptômes dépressifs étaient également présents depuis plusieurs années. Il a exposé que la diminution des capacités cognitives existait probablement depuis l'enfance et était due à des difficultés d'apprentissage.
8. Dans une note du 18 septembre 2002, le Dr N\_\_\_\_\_, généraliste et médecin de l'OCAI, a estimé que les troubles existant depuis l'enfance perturbaient les relations interpersonnelles et l'intégration dans la vie normale ce qui expliquait les activités limitées depuis toujours. Il a admis que la diminution de la capacité de travail existait depuis toujours.
9. Par décision du 28 octobre 2002, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Il a considéré que les troubles dont souffrait l'assurée remontaient généralement à l'adolescence de sorte qu'elle présentait une invalidité totale depuis sa dix-huitième année, en l'occurrence depuis le 1<sup>er</sup> février 1980, soit à une date où elle ne comptait pas une année de cotisations à l'AVS-AI. Il a ajouté qu'il ne pouvait pas davantage lui octroyer une rente extraordinaire d'invalidité puisqu'en 1980, elle était domiciliée en Algérie et que, par conséquent, elle était arrivée invalide en Suisse de sorte qu'elle n'avait pas la qualité d'assurée. Il a précisé qu'en tant que ressortissante algérienne, elle pouvait bénéficier d'une rente extraordinaire soumise à limite de revenu depuis le moment où elle avait séjourné pendant cinq années ininterrompues en Suisse mais que, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1997, ladite rente avait été remplacée par des prestations complémentaires accordées par l'Office cantonal pour les personnes âgées auprès duquel il l'invitait à déposer une demande. L'intéressée n'a pas contesté cette décision qui est entrée en force.
10. Le 5 janvier 2004, l'assurée a épousé le père de son enfant.
11. Le 31 mars 2005, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI tendant à l'octroi d'une rente.
12. Dans un courrier du 25 avril 2005 adressé à l'OCAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a exposé qu'il appuyait cette nouvelle demande au motif que le début des troubles psychiques avait été révisé et que ces derniers pouvaient débuter à l'âge adulte de sorte que l'atteinte à la santé entraînant une invalidité de 100% ne pouvait plus être considérée comme remontant au 1<sup>er</sup> février 1980. Il a précisé qu'il restait à disposition pour tout renseignement complémentaire, notamment concernant le diagnostic clinique actuel.
13. Dans une note manuscrite du 4 mai 2005, le Dr N\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de faits nouveaux et qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

14. Par décision du 19 juin 2006, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande, au motif que l'intéressée n'avait fait valoir aucun fait nouveau et que le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ n'apportait par d'élément susceptible de modifier son appréciation de 2002.
15. Le 4 juillet 2006, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a exposé qu'en date du 25 avril 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ n'avait pas rédigé un rapport mais une lettre explicative puisqu'en vertu du secret médical, il ne pouvait communiquer à un gestionnaire ni le diagnostic clinique concernant cette patiente, ni les arguments justifiant ce diagnostic et qu'il s'attendait à recevoir une demande de rapport médical de la part du médecin-conseil de l'OCAI. Elle a conclu que l'OCAI fasse remplir un rapport par le Dr M\_\_\_\_\_ à l'attention du médecin-conseil de l'OCAI.
16. Par courrier du 10 juillet 2006, l'OCAI a rappelé à l'assurée que, dans le cadre d'une nouvelle demande, il lui appartenait d'invoquer les faits nouveaux permettant de reconsidérer sa position et que, sans l'existence de tels faits nouveaux, il n'entrait pas en matière pour une nouvelle instruction du dossier.
17. Dans un rapport du 15 août 2006 établi à l'attention du gestionnaire de l'OCAI, le Dr M\_\_\_\_\_ a exposé que la patiente avait eu jusqu'en 1999 plusieurs périodes d'activité professionnelle en Suisse, dont un poste d'aide de bureau et de ménage pendant seize mois, de sorte qu'on ne pouvait pas considérer qu'elle était arrivée invalide en Suisse comme l'OCAI l'avait prétendu dans sa décision de 2002. Il a ajouté que les diagnostics posés dans son rapport du 2 mai 2002 avaient été révisés. Il a expliqué avoir examiné pour la première fois la patiente, le 19 février 2001, et qu'à l'époque il n'avait pas assez de recul pour déterminer les véritables troubles de la patiente puisque celui qu'elle présentait actuellement pouvait débiter par une phase prodromique de plusieurs mois à quelques années où les symptômes cliniques n'étaient pas suffisants pour poser le diagnostic. Il a précisé que ledit trouble pouvait débiter à l'âge adulte et que l'on ne pouvait pas considérer que la patiente était nécessairement atteinte depuis l'âge de 18 ans.
18. Dans un avis médical du 4 septembre 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ a considéré que, généralement, les troubles de la personnalité étaient déjà bien présents à l'âge de 27 ans lorsque l'assurée était arrivée en Suisse en 1989 et que, dans la mesure où le médecin traitant ne donnait pas plus de précision quant aux nouveaux diagnostics, il y avait lieu de confirmer la décision.
19. Par décision sur opposition du 7 novembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition au motif que le rapport des HUG n'apportait rien de nouveau lui permettant de s'écarter de sa première appréciation.
20. Par acte du 7 décembre 2006, l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu, principalement et sous suite de dépens, à la mise

en œuvre d'une expertise permettant de poser un diagnostic sérieux sur ses troubles psychiques et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OCAI pour reprise de l'instruction du dossier médical. Elle a relevé que le Dr M\_\_\_\_\_ avait expliqué la raison de la difficulté à poser un diagnostic satisfaisant en 2002 et a réaffirmé le besoin d'instruction complémentaire. Elle a allégué que la décision devait être annulée, car elle reposait sur une constatation inexacte ainsi qu'incomplète des faits pertinents et qu'elle était arbitraire. Elle a reproché à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte de l'appréciation du médecin traitant faisant état d'une révision du diagnostic posé et d'avoir refusé de procéder au complément d'instruction requis par ledit médecin. Elle a joint à son recours un rapport du 6 décembre 2006 du Dr O\_\_\_\_\_, médecin interne au Département de psychiatrie des HUG. Dans ledit rapport, ce médecin a exposé que, lors du premier examen dans le service en février 2001, ses collègues avaient posé les diagnostics de trouble de la personnalité borderline, trouble psychotique aigu transitoire et trouble dépressif sans précision, puis que, par la suite, en raison du caractère soupçonneux de la patiente et de sa méfiance, le diagnostic de troubles de la personnalité paranoïaque avait été évoqué, mais que, depuis 2003, ils étaient revenus sur ce diagnostic qui était actuellement celui de schizophrénie paranoïde. Il a précisé que cette dernière était la cause de son incapacité à exercer une activité professionnelle. Il a expliqué ce diagnostic par la présence d'idées clairement délirantes avec présence d'hallucinations auditives qui n'étaient pas du registre du trouble de la personnalité et a estimé comme fort probable que les premiers symptômes constatés en 2001 et 2002 représentaient les premières manifestations de la schizophrénie.

21. Dans un avis médical du 19 décembre 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ a relevé qu'il existait deux appréciations médicales différentes quant au type de troubles de l'assurée et à leur début. Il a considéré que, sur la base de la première appréciation, il avait été logique de conclure en 2002 qu'elle présentait des troubles de la personnalité paranoïaque dès lors qu'elle n'avait que peu d'emplois stables dès son arrivée en Suisse et que son intégration durable dans le circuit économique normal avait toujours été impossible de façon durable. Il a estimé comme peu probable qu'une expertise psychiatrique puisse donner des renseignements plus précis sur lesdits troubles puisque les capacités cognitives de l'assurée étaient altérées. Il a également mis en doute le diagnostic de schizophrénie type paranoïde au motif qu'il impliquait la présence d'idées délirantes dans un contexte de relative préservation du fonctionnement cognitif qui était très altéré chez l'assurée en 2001. Il a indiqué que la schizophrénie partageait des caractéristiques avec divers troubles de la personnalité et qu'elle pouvait être précédée par l'un de ces troubles. Il a fait état d'une aggravation de l'état de santé entre 2002 et 2006 en raison de l'apparition d'un état délirant qui n'était pas présent précédemment et a admis que l'incapacité de travail restait totale.

22. Dans sa réponse du 10 janvier 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que les éléments produits dans le cadre de la nouvelle demande tendaient à remettre en cause la date de survenance de l'invalidité, soit un motif de révision qui ne faisait pas partie de ceux énoncés dans ses directives. Il a considéré, à la lumière de l'avis médical du Dr N\_\_\_\_\_, que les conditions d'une révision procédurale n'étaient pas réalisées au motif que les nouveaux moyens de preuve apparaissaient comme une appréciation différente des faits et non comme des faits nouveaux.
23. Dans sa réplique du 8 février 2007, la recourante a allégué que le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïde posé par les médecins lors de sa première demande de rente en 2001 était erroné au regard de l'évolution de ses troubles psychiques. Cette dernière avait démontré que les symptômes interprétés alors comme des troubles de la personnalité paranoïaque s'étaient révélés être les premiers signes d'une schizophrénie paranoïde, maladie apparaissant plus tardivement qu'à l'adolescence. Elle a fait état d'un nouveau rapport du Dr O\_\_\_\_\_ daté du 8 février 2007 dans lequel ce médecin a précisé que la schizophrénie paranoïde était un trouble apparaissant à l'âge adulte ce qui expliquait qu'elle ait pu travailler après son arrivée en Suisse, à l'âge de 27 ans. Elle a considéré que ces éléments, en particulier la gravité de ce nouveau diagnostic, permettaient d'admettre l'existence manifeste d'un fait nouveau de nature à modifier l'appréciation juridique précédente. Au sujet des difficultés relationnelles invoquées par le Dr N\_\_\_\_\_, elle a rappelé que ces problèmes ne l'avaient pas empêchée, à l'adolescence, d'effectuer un apprentissage de coiffure, de travailler ensuite plusieurs années durant, ni de se marier et de fonder une famille. Elle a persisté dans ses conclusions.
24. Dans sa duplique du 28 février 2007, l'OCAI a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé au nouvel avis médical du Dr N\_\_\_\_\_ daté du 20 février 2007. Dans ledit rapport, ce médecin a considéré que bien que la schizophrénie n'apparaissait qu'à l'âge adulte, il était également possible qu'elle survienne à l'âge de 20 ans ou même 18 ans de sorte que, même si l'assurée était arrivée en Suisse à l'âge de 27 ans, cette maladie avait largement eu le temps de se manifester avant cet âge. Il a estimé que l'appréciation du Dr P\_\_\_\_\_ du 25 août 2002, faite en dehors de tout contexte conflictuel, était plus crédible que celle apportée ultérieurement dans un autre contexte.
25. Le 30 mai 2007, le Tribunal a procédé à une comparution personnelle des parties. Lors de cette audience, la recourante a précisé qu'elle était arrivée en Suisse dans les années 1980 et qu'elle n'avait pas obtenu de permis tout de suite. Elle a déclaré que, durant son adolescence en Algérie, elle n'avait pas rencontré de problèmes avec ses parents, ni avec ses frères et sœurs, et qu'elle s'entendait bien avec eux ainsi qu'avec les autres personnes. Elle a expliqué qu'elle avait arrêté l'école en sixième année, à l'âge de quinze ans environ, en raison d'un échec scolaire, puisqu'elle avait suivi pendant une année une école de coiffure qu'elle avait arrêtée

car, en Algérie, les jeunes filles restaient à la maison. Elle a exposé qu'elle s'était occupée de ses frères et sœurs ainsi que des repas pour toute la famille, car sa mère travaillait. Elle a ajouté qu'elle avait cherché une place de coiffeuse en Algérie, mais qu'elle n'en avait pas trouvée, puis qu'elle était venue en Suisse pour des vacances et qu'elle avait rencontré son futur mari. Pour sa part, l'intimé a maintenu que l'atteinte à la santé invalidante remontait à l'adolescence.

26. Le 5 septembre 2007, le Tribunal a entendu le mari de la recourante. Il a déclaré qu'il avait fait la connaissance de la recourante en Algérie car il connaissait son père depuis très longtemps. Il a précisé qu'elle avait travaillé à Genève comme employée de maison à plein temps pendant une année, que son employeur avait été très satisfait de ses services et qu'à cette époque, elle était en excellente santé. Il a indiqué qu'à la naissance de leur fils, elle était en très bonne santé et s'en occupait très bien. Il a ajouté qu'elle avait dû abandonner l'emploi de caissière chez ALIGRO car elle ne savait pas écrire le français. Il a estimé que la perte de son dernier emploi l'avait beaucoup perturbée et qu'elle avait changé tout d'un coup en devenant très nerveuse, même si elle avait toujours été nerveuse, en se négligeant sur le plan vestimentaire et en disparaissant plusieurs fois de la maison avec son fils.
27. Le 17 octobre 2007, le Tribunal a procédé à l'audition du Dr O \_\_\_\_\_ et de Monsieur C \_\_\_\_\_, directeur d'X \_\_\_\_\_.

Le Dr O \_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'était plus le médecin traitant depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2007. Il a déclaré : « Les troubles de la personnalité sont des troubles qui apparaissent à l'adolescence et qui demeurent stables durant toute la vie. Ils sont très difficiles à traiter car il s'agit de traits de caractère qui sont intimement liés à la personnalité. On peut améliorer certains symptômes. Il s'agit en fait de troubles du développement mental. Ces troubles apparaissent à l'adolescence, même s'ils peuvent être devinés auparavant. C'est à ce moment-là que l'on peut s'apercevoir que l'adolescent est inadapté socialement. Les incidences de ces troubles quant au développement personnel et professionnel de l'adolescent dépendent de la gravité du trouble. Ils peuvent être graves tout de suite et peuvent empêcher l'adolescent d'avoir une scolarité normale, d'entreprendre une formation professionnelle normale et d'avoir des contacts sociaux normaux. Pour pouvoir poser un tel diagnostic, il faut que ce trouble ait des incidences sur la vie sociale, professionnelle ou familiale. C'est cependant très difficile de poser un tel diagnostic dans l'immédiat. C'est au bout d'une longue période d'observation que le diagnostic peut être posé (...). Dès 2003, au vu de l'évolution de la maladie, nous avons constaté une aggravation de la symptomatologie, ce qui n'est pas compatible avec le diagnostic d'un trouble de la personnalité, dès lors que ce dernier demeure stable durant la vie. En outre, elle présentait des idées délirantes et des hallucinations, symptômes qui ne font pas partie des troubles de la personnalité. Le diagnostic actuel de schizophrénie paranoïde est actuellement clairement établi. Sur question, j'indique que la

schizophrénie apparaît habituellement à l'âge adulte, même s'il peut y avoir quelques prémices à l'adolescence. Ceux-ci consistent en symptômes positifs de la schizophrénie, tels que des idées de persécution, des hallucinations, ainsi qu'en symptômes négatifs, qui sont un retrait social, un manque d'initiative et un émoussement affectif notamment. Apparaissent également par la suite des troubles cognitifs. Je précise qu'à l'adolescence, les symptômes sont très atténués. Le diagnostic peut être posé à tout âge, mais habituellement, il l'est très tardivement. Dans le cas de Madame B\_\_\_\_\_, ce que nous savons, c'est que les symptômes de la maladie se sont aggravés dès l'année 2000, à tel point qu'elle a dû avoir un suivi médical et qu'elle était inapte à travailler. Auparavant, d'après ce que nous savons, la patiente était apte à travailler, nous savons qu'elle a exercé des activités. Il nous est cependant difficile de nous prononcer avec certitude. Sur question, j'indique qu'il est tout à fait possible que la patiente ait pu, avant l'aggravation de la maladie dès les années 2000, exercer une activité lucrative pendant une année. Je précise que si Madame B\_\_\_\_\_ avait un trouble de la personnalité, il n'y a aucune raison que depuis 2000 elle ne puisse plus travailler, dès lors qu'un tel trouble est stable. Nous pensons aujourd'hui que le premier diagnostic posé par le médecin qui a suivi Madame B\_\_\_\_\_ en 2001 est une erreur. Cependant, il est probable qu'il n'avait pas suffisamment d'éléments pour pouvoir poser le diagnostic de schizophrénie paranoïde. En général, il faut une période d'observation d'au moins six mois de symptômes délirants et d'hallucinations pour poser un tel diagnostic (...). Sur question, j'indique que la naissance de l'enfant peut être un facteur déstabilisant mais il ne suffit pas à provoquer ce trouble. Dans le cas de Madame B\_\_\_\_\_, nous avons peu d'éléments sur son fonctionnement antérieur à 2001. La perte d'un emploi peut être un élément déstabilisant. Il est possible aussi qu'à ce moment-là des idées délirantes de persécution soient survenues, de sorte qu'elle n'était plus adéquate dans le poste. Pour qu'un diagnostic d'un trouble de la personnalité soit posé, il faut qu'il y ait une atteinte du fonctionnement social, familial, ou professionnel. Quand le fonctionnement de l'adolescent reste correct, l'on parle alors de trait de personnalité. Le diagnostic de trouble de la personnalité est posé habituellement à l'âge adulte (...). Ce que nous savons, c'est que Madame B\_\_\_\_\_ présente depuis 2001, 2002, de façon ponctuelle, des idées délirantes et des hallucinations. Cette symptomatologie s'est aggravée depuis 2003 et ces hallucinations sont pratiquement constantes malgré les traitements. Ce que nous pouvons en déduire, c'est qu'il y a eu un moment donné une cassure que nous situons pour notre part à la fin des années 1990. Lorsqu'une personne présente des idées délirantes et de persécution, nous considérons, du point de vue psychiatrique, que la maladie est déjà installée. Sur question, je précise qu'à priori, nous n'avons pas d'argument pour dire qu'il y avait une base pathologique auparavant. Ce que l'on peut en déduire, c'est que Madame B\_\_\_\_\_ a probablement dans les deux, trois ou quatre ans précédant la consultation fonctionné de façon encore tout juste correcte pour l'entourage et qu'à un moment donné, cela n'a plus été le cas, ce qui l'a amenée à consulter en 2001.

---

Madame B \_\_\_\_\_ a présenté une évolution classique de ce type de trouble. Ce que je peux indiquer en revanche, c'est que si Madame B \_\_\_\_\_ souffrait déjà de schizophrénie à son arrivée en Suisse, elle aurait été incapable de travailler. Elle ne se serait pas mariée, n'aurait pas eu d'enfant et n'aurait pas travaillé, dès lors qu'il ne s'agit pas de préoccupations de patients souffrant d'une telle maladie. Dans le cas de Madame B \_\_\_\_\_, c'est le cumul de ces divers éléments qui me permet d'affirmer ce qui précède (...). Actuellement, Madame B \_\_\_\_\_ reste très centrée sur elle-même et cela va s'aggraver. Elle n'a plus d'autre préoccupation qu'elle-même. Actuellement, elle ne présente plus d'expression empathique, plus de sentiment d'amitié, ni d'expression d'amour. Elle n'exprime plus d'affection. Son fils, par exemple, n'est pas une préoccupation pour elle en ce moment. Ces sentiments diminuent à mesure que la maladie s'aggrave ».

28. Quant à Monsieur C \_\_\_\_\_, il a exposé que l'assurée travaillait chez lui de 8h00 du matin à 17h00, d'une part au bureau, en faisant du nettoyage, d'autre part à la maison, en effectuant les courses et en allant chercher les enfants à l'école. Il a indiqué qu'à un moment donné elle n'était plus venue sur recommandation de l'assistante sociale parce que son mari était malade et qu'elle avait un enfant en bas âge. Il a précisé qu'elle n'avait jamais manqué le travail et qu'elle avait arrêté de travailler à partir du moment où l'assistante sociale lui avait demandé de rester à la maison. Il s'est déclaré très satisfait tant de son travail que de son comportement dès lors qu'il n'y avait jamais eu aucun incident avec qui que ce soit et qu'elle avait de bons contacts avec ses enfants aussi. Il l'a décrite comme étant svelte, parlant facilement et étant gentille. Il n'a pas remarqué qu'elle souffrait d'une maladie quelconque et qu'elle était ralentie. Il n'a jamais été frappé par des idées bizarres dont lui aurait fait part l'assurée. Il a ajouté que, même si l'assurée lui avait dit qu'elle avait été malheureuse en Algérie mais qu'elle était très heureuse d'être en Suisse, il pensait que d'après ce qu'elle lui avait raconté, elle avait dû avoir une vie pénible même en Suisse, car son mari était alcoolique.
29. Dans son écriture après enquêtes du 6 novembre 2007, la recourante a exposé que le témoignage du Dr O \_\_\_\_\_ permettait d'admettre que la gravité du nouveau diagnostic constituait un fait nouveau représentant un motif de révision qui justifiait une nouvelle instruction de son dossier. Elle a allégué que les déclarations des deux autres témoins établissaient que la survenance de l'invalidité était clairement postérieure à son arrivée en Suisse. Elle a maintenu ses conclusions précédentes.
30. Dans son écriture après enquêtes du 14 novembre 2007, l'intimé a considéré que les renseignements recueillis au cours des audiences d'enquêtes ne permettaient pas de retenir l'existence d'un motif de révision mais, au contraire, confirmaient le bien-fondé de sa position eu égard, notamment, à l'inaptitude de la recourante à terminer une formation et à maintenir un emploi stable.

31. Le 16 novembre 2007, le Tribunal a communiqué ces écritures aux parties et a gardé la cause à juger.

## **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales statuant conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 LOJ en instance unique, sur les 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit-il être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances et l'introduction de frais de justice lors de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA et art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit puisque le recours a été formé après le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. La décision sur opposition du 7 novembre 2007 a été reçue par la recourante au plus tôt le 8 novembre 2007 et le délai de recours n'a commencé à courir que le lendemain de la réception de sorte qu'il est arrivé à échéance le samedi 8 décembre 2007, respectivement le lundi 10 décembre 2007 (art. 38 al. 1 et 3 LPGA). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 7 décembre 2007 est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de la recourante tendant à la modification de la décision de refus de rente d'invalidité.

Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 109 V 114 consid. 2b). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note 27).

En l'espèce, l'intimé a considéré que le dépôt d'un nouveau formulaire tendant à l'octroi d'une rente constituait une nouvelle demande au sens de l'art. 87 RAI et, dans sa décision litigieuse, il a refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande au motif que la recourante n'avait pas rendu plausible une modification de son invalidité de façon à influencer ses droits. Or, en réalité, la recourante n'invoque pas une modification de son invalidité à la suite d'un refus de rente motivé par un degré insuffisant d'invalidité, mais bien un nouveau diagnostic permettant de faire remonter son invalidité à l'âge adulte et non pas à l'adolescence lorsqu'elle se trouvait en Algérie. C'est donc plutôt un refus de révision pour faits nouveaux qu'une décision de non entrée en matière que l'OCAI aurait dû rendre. Cela n'a d'ailleurs pas échappé à l'intimé puisque, dans sa réponse et dans son écriture après enquêtes, il s'est exprimé sur la question des conditions d'une révision procédurale après avoir communiqué à son médecin-conseil le procès-verbal d'audition du Dr O\_\_\_\_\_.

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

---

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références).

Dans le contexte des troubles psychiques présentés par la recourante, la question de la révision procédurale est connexe à celle d'une nouvelle demande. En effet, il s'agit du même état de faits, à savoir de déterminer si les conditions permettant de modifier une décision entrée en force sont réalisées et, particulièrement, d'évaluer si les pièces médicales établissent ou rendent plausibles une modification des circonstances (cf. VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in : RSAS 47/2003 p. 393). Etant donné que le Tribunal de céans a procédé à une longue instruction complémentaire qui lui permet de considérer que la question de la révision procédurale est en état d'être jugée et que l'intimé a pu se prononcer sur ce point dans un acte de procédure, il convient, pour des motifs d'économie de procédure, d'étendre la procédure juridictionnelle administrative à la question de savoir si les conditions de la révision procédurale sont réalisées.

En définitive, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au regard d'une décision initiale de refus de prestations entrée en force.

5. Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. Sont « nouveaux » au sens de l'art. 53 LPGA, les faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n'étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence. En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c'est-à-dire qu'ils doivent être de nature à modifier l'état de fait qui est à la base de l'arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte.

Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le requérant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'autorité (administrative ou judiciaire) à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure

principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'autorité. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que celle-ci paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la procédure principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 358 consid. 5b, 110 V 141 consid. 2, 293 consid. 2a, 108 V 171 consid. 1; cf. aussi ATF 118 II 205 consid. 5). Ces notions, applicables à la révision des décisions rendues par les autorités judiciaires, le sont également lorsque l'administration est tenue de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle (cf. ATF 127 V 469 consid. 2c et les références).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

---

Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office AI (ATF 125 V 351; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

7. En s'appuyant, d'une part, sur les rapports du Dr M\_\_\_\_\_ des 25 avril 2005 et 15 août 2006 ainsi que sur ceux du Dr O\_\_\_\_\_ des 6 décembre 2006 et du 8 février 2007, d'autre part sur l'audition de ce dernier médecin par le Tribunal de céans, la recourante allègue avoir rendu plausible l'existence de faits nouveaux. De son côté, sur la base des rapports du Dr N\_\_\_\_\_ des 19 décembre 2006 et 20 février 2007, l'intimé considère qu'il n'y a pas de faits nouveaux, mais une nouvelle appréciation des faits existants.

En l'espèce, dans sa décision du 28 octobre 2002, l'intimé a nié le droit à une rente d'invalidité au motif que l'assurée souffrait d'un trouble de la personnalité de type paranoïaque qui remonte généralement à l'adolescence. Il en a déduit qu'elle présentait une invalidité totale depuis sa dix-huitième année, soit le 1<sup>er</sup> février 1980, date à laquelle elle ne comptait pas une année de cotisations. Il s'est appuyé sur un rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 25 août 2002 considérant, d'une part, que ledit trouble était très probablement présent depuis l'adolescence puisque la patiente décrivait des problèmes relationnels depuis cet âge, d'autre part, que la diminution des capacités cognitives constatée par la psychologue des HUG existait probablement depuis l'enfance et était due probablement à des difficultés d'apprentissage. Ce médecin a également fait état de symptômes dépressifs présents depuis plusieurs années. Il a estimé que ces symptômes et surtout ceux liés aux troubles de la personnalité paranoïaque avaient fortement handicapé la patiente pour s'intégrer dans le monde du travail.

A l'appui de sa nouvelle demande, la recourante soutient que le diagnostic de trouble de la personnalité de type paranoïaque a été posé à tort en 2002 et qu'il a été révisé par ses médecins qui diagnostiquent actuellement une schizophrénie paranoïde ayant débuté à l'âge adulte entraînant une incapacité de travail entière. Elle étaye ses allégations par la production de divers rapports médicaux.

Dans un rapport du 25 avril 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ précise qu'il suit la patiente depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2004 et que le trouble psychique dont elle souffre peut débuter à l'âge adulte de sorte qu'on ne peut plus considérer le 1<sup>er</sup> février 1980 comme le début de l'atteinte à la santé entraînant l'invalidité actuelle de 100%. Puis, dans un rapport du 15 août 2006, il explique que le trouble psychiatrique dont souffre la patiente peut débuter par une phrase prodromique - qui peut durer de plusieurs mois à quelques années - pendant laquelle les symptômes cliniques ne sont pas suffisants pour poser le diagnostic. Il expose que, lors de la rédaction du rapport médical en 2002, les médecins n'avaient pas assez de recul pour déterminer les véritables troubles présentés par la patiente. Il estime qu'on ne peut pas considérer que l'assurée est arrivée invalide en Suisse dès lors qu'elle a eu plusieurs activités professionnelles dans ce pays, notamment un poste d'aide de bureau et de ménage pendant 16 mois.

Dans un rapport du 6 décembre 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ explique qu'actuellement les médecins considèrent que la patiente ne souffre pas d'un trouble de la personnalité paranoïaque mais d'une schizophrénie paranoïde, au motif qu'elle présente depuis 2003 des idées clairement délirantes avec la présence d'hallucinations auditives qui ne sont plus du registre du trouble de la personnalité. Il expose que la schizophrénie paranoïde peut apparaître à tout âge mais qu'il est fort probable que les premiers symptômes constatés en 2001 et 2002 représentaient les premières manifestations de la schizophrénie. Il précise qu'il est conforté dans son opinion par le fait que les capacités cognitives très altérées, constatées en février 2002, ne se retrouvent pas en cas de personnalité paranoïaque. Puis, dans un rapport du 8 février 2007, il ajoute qu'avant 2003, les symptômes présents étaient insuffisants pour poser le diagnostic de schizophrénie paranoïde qui est un trouble apparaissant à l'âge adulte ce qui explique que la patiente ait pu travailler après son arrivée en Suisse à l'âge de 27 ans. Lors de son audition par le Tribunal de céans, le 1<sup>er</sup> octobre 2007, le Dr O\_\_\_\_\_ indique que les troubles de la personnalité apparaissent à l'adolescence et restent stables durant toute la vie de sorte que l'aggravation constatée en 2003 n'est pas compatible avec le diagnostic de trouble de la personnalité. Il affirme que le diagnostic de schizophrénie paranoïde est actuellement clairement établi et que cette maladie apparaît habituellement à l'âge adulte même s'il peut y avoir quelques prémices à l'adolescence consistant en symptômes positifs (idées de persécution et hallucinations) ainsi qu'en symptômes négatifs (retrait social, manque d'initiative et émoussement affectif) étant précisé qu'apparaissent par la suite des troubles cognitifs et que les symptômes se manifestant à l'adolescence sont très atténués. Il mentionne également la présence

depuis 2001-2002 d'hallucinations et d'idées délirantes apparues ponctuellement et devenues pratiquement constantes depuis 2003. Il estime que la patiente a fonctionné de façon encore tout juste correcte pour l'entourage à partir de 1998 environ, puis que cela n'a plus été le cas en 2001 ce qui l'a amenée à consulter. Il observe que la présence d'idées délirantes ainsi que de la persécution permet de considérer que la maladie est installée. Il conclut que si l'assurée avait présenté une schizophrénie à son arrivée en Suisse, elle n'aurait pas pu travailler, avoir un enfant et se marier dès lors qu'il ne s'agit pas de préoccupations de patients souffrant d'une telle maladie et que c'est le cumul de ces divers éléments qui lui permet de tirer cette conclusion. Il relève qu'actuellement elle n'a plus d'autre préoccupation qu'elle-même et ne présente plus d'expression empathique, de sentiment d'amitié, ni d'expression d'amour, tous sentiments qui diminuent à mesure que la maladie s'aggrave.

Les rapports du Dr O\_\_\_\_\_ des 6 décembre 2006 et du 8 février 2007 ainsi que les compléments qu'il a apportés lors de son audition par le Tribunal de céans établissent que, contrairement à ce que les médecins avaient diagnostiqué en 2001 lors des premières consultations, la recourante ne souffre pas d'un trouble de la personnalité paranoïaque présent depuis l'adolescence, mais d'une schizophrénie paranoïde dont les premières manifestations datent de 2001 avec l'apparition d'hallucinations et d'idées délirantes occasionnelles, qui s'est aggravée de façon importante en 2003 avec une manifestation quasiment constante d'hallucinations et d'idées délirantes. Ce médecin motive son appréciation en expliquant que l'aggravation de la symptomatologie apparue en 2003 est incompatible avec le diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque dès lors qu'un tel trouble demeure stable durant toute la vie.

A la suite des précisions apportées par le Dr O\_\_\_\_\_, il faut admettre que sa description et son appréciation des interférences médicales sont suffisamment claires pour apprécier la situation de la recourante. Le Dr O\_\_\_\_\_ s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment motivé son point de vue, notamment en expliquant pourquoi, au vu des troubles actuels de la recourante, il considère que le diagnostic posé en 2001 est erroné et pourquoi l'invalidité ne remonte pas à l'adolescence. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, en tant que, notamment, il donne de nombreux précisions permettant de trancher la question de la période d'apparition de l'invalidité. A cet égard, il explique que si la recourante avait déjà souffert d'un trouble de la personnalité paranoïaque lors de son arrivée en Suisse, elle n'aurait pas présenté des capacités cognitives très altérées en 2002 puisqu'une telle altération ne se produit pas en cas de troubles de la personnalité paranoïaque. Il précise également que si l'assurée avait présenté une schizophrénie à son arrivée en Suisse, elle n'aurait pas pu travailler, avoir un enfant et se marier dès lors qu'il ne s'agit pas de préoccupations de patients souffrant d'une telle maladie étant précisé que c'est le cumul de ces divers éléments qui lui permet de

motiver cette conclusion. Par conséquent, ses rapports remplissent toutes les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine force probante (cf. ATF 125 V 352 consid. 3a et la référence).

Pour sa part, dans son rapport du 19 décembre 2006, le Dr N\_\_\_\_\_ se borne à considérer comme logique l'appréciation faite par les médecins en 2002 au motif que la schizophrénie partage des caractéristiques avec divers troubles de la personnalité dont la personnalité paranoïaque et qu'elle peut être précédée par l'un de ces troubles. Il motive son appréciation en se référant à la mention par le Dr P\_\_\_\_\_, dans son rapport du 25 août 2002, de problèmes relationnels depuis l'adolescence. En réalité, en indiquant que la schizophrénie peut être précédée par un trouble de la personnalité, le Dr N\_\_\_\_\_ raisonne en termes de possibilité et non pas de vraisemblance prépondérante de sorte qu'il pose une simple hypothèse de travail. Or, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). De plus, le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 25 août 2002 a été rédigé en tenant compte à l'époque d'un diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque et non pas d'une schizophrénie paranoïde, soit dans un tout autre contexte. Enfin, le Dr P\_\_\_\_\_ ne précise pas quels ont été les problèmes relationnels de la recourante au moment de son adolescence de sorte que cette simple mention ne suffit à établir ni le diagnostic de troubles de la personnalité paranoïaque, ni la survenance de l'invalidité.

Puis, dans son rapport du 20 février 2007, le Dr N\_\_\_\_\_ relève que, lors des premiers entretiens en 2001 et 2002, il existait des symptômes manifestes suffisamment importants pour faire penser à un trouble psychotique aigu de sorte qu'il importe peu que les symptômes aient été insuffisants pour diagnostiquer une schizophrénie paranoïde. Il indique n'avoir aucun doute que la patiente présentait déjà avant 2001 des troubles psychiatriques sévères et mentionne des incapacités de travail de durée limitée dès 1993. En se référant au rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 25 août 2002, il considère comme plausible que l'assurée n'a jamais pu s'intégrer de façon durable dans le circuit économique depuis son arrivée en Suisse. Dans son dernier rapport, le Dr N\_\_\_\_\_ part de l'hypothèse que la recourante a d'abord souffert d'un trouble de la personnalité paranoïaque présent déjà avant son arrivée en Suisse et que la schizophrénie paranoïde est venue s'ajouter par la suite, depuis 2003, à ce trouble de la personnalité. Pour motiver son point de vue, il se réfère à nouveau au rapport du Dr P\_\_\_\_\_ qui n'a pas la valeur probante que lui accorde le médecin de l'intimé pour les motifs déjà invoqués. De plus, il n'explique pas en quoi l'existence d'un trouble psychotique aigu en 2001-2002 empêcherait de retenir l'existence d'une schizophrénie paranoïde. Par ailleurs, le Dr N\_\_\_\_\_

ne dispose d'aucun renseignement quant à la cause des incapacités de travail de 1993, 1997 et 1999 qui ne sont pas attestées par des psychiatres de sorte que, dans ce rapport également, il se borne à formuler des hypothèses ce qui n'est pas suffisant au regard de l'exigence de preuve de la vraisemblance prépondérante. Il y a lieu de relever que les rapports du Dr N\_\_\_\_\_ ne reposent sur aucun examen de la recourante dans un domaine aussi sensible que la psychiatrie qui est essentiellement basée sur des entretiens et, de plus, ce médecin n'est pas psychiatre mais généraliste de sorte qu'il ne s'agit pas d'un spécialiste dont les prises de positions sont susceptibles de l'emporter sur les conclusions d'un psychiatre. Par conséquent, ses rapports n'ont pas de valeur probante.

L'intimé allègue que sa décision de faire remonter le début de l'invalidité à l'adolescence est bien fondée au motif que la recourante n'a pas terminé sa scolarité avant de commencer une formation de coiffeur sans l'achever et qu'elle n'est pas parvenue à maintenir un emploi stable. En réalité, de nombreuses personnes n'achèvent pas de formation professionnelle sans pour autant qu'on puisse les considérer comme souffrant de troubles psychiques invalidant de sorte que cet argument n'est pas relevant. Enfin, contrairement à ce que soutient l'intimé, la recourante a pu travailler pendant 16 mois à l'entière satisfaction de son employeur, puis a dû arrêter de travailler pour s'occuper de son enfant en bas-âge et du père de ce dernier de sorte que l'arrêt de son travail ne permet nullement d'en déduire l'existence d'une invalidité. Au contraire, selon les explications données par le Dr O\_\_\_\_\_ lors de son audition, il est plus vraisemblable que l'invalidité date de 2001 que de l'adolescence car, si l'assurée avait présenté une schizophrénie à son arrivée en Suisse, elle n'aurait pas pu avoir un enfant et travailler dès lors qu'il ne s'agit pas de préoccupations de patients souffrant d'une telle maladie. De plus aucun élément du dossier ne permet de fixer la survenance de l'invalidité à l'adolescence, au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante.

8. Les rapports et déclarations des Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ constituent des moyens de preuve nouveaux puisqu'ils sont tous postérieurs à la décision du 28 octobre 2002 et portent sur des faits antérieurs à cette dernière. Il s'agit de nouveaux moyens de preuve établis après ladite décision et qui ne pouvaient donc pas être produits au moment de la décision initiale. Il reste à déterminer s'ils sont concluants à savoir s'ils apportent des éléments de fait nouveaux permettant de considérer que la décision du 28 octobre 2002 contient des défauts objectifs ou si, au contraire, ils se bornent à donner une appréciation différente de faits déjà connus, comme le soutient l'intimé.

Les explications données par le Dr O\_\_\_\_\_, lors de son audition par le Tribunal de céans, permettent de comprendre que les prodromes de schizophrénie paranoïde peuvent évoquer un trouble de la personnalité paranoïaque. Toutefois, dans le cas de la recourante, la présence pratiquement constante d'hallucinations et d'idées délirantes depuis 2003 a donné un nouvel éclairage aux troubles

---

psychiatriques en tant que lesdites hallucinations auditives ne sont plus du registre du trouble de la personnalité, mais sont les symptômes d'une schizophrénie paranoïde. Par conséquent, eu égard à ce nouveau diagnostic, les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ considèrent que les troubles observés en 2001 étaient avec une forte probabilité les prodromes de la schizophrénie paranoïde.

Contrairement à ce que prétend l'intimé, il ne s'agit pas d'une nouvelle appréciation de faits déjà connus. En effet, les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ apportent à l'appui de leur opinion des éléments médicaux nouveaux, à savoir l'existence de symptômes positifs pratiquement constants depuis 2003 alors qu'ils n'étaient qu'occasionnels en 2001. Les explications que donne le Dr O\_\_\_\_\_ font apparaître de façon convaincante que, contrairement à ce que laissent supposer les faits connus et retenus dans la procédure précédente, l'évolution des troubles psychiques de la requérante, caractérisée notamment par l'apparition quasiment constante d'hallucinations et d'idées délirantes, a permis aux médecins de se rendre compte a posteriori que l'invalidité n'était pas due à un trouble de la personnalité paranoïaque apparu lors de l'adolescence alors que la requérante vivait en Algérie, mais bien à une schizophrénie paranoïde dont les premières manifestations sont apparues en 2001, soit à l'âge adulte alors qu'elle vivait en Suisse. Ce fait n'était pas connu en octobre 2002 et ne pouvait être connu ni de la requérante, ni de l'administration de sorte que l'intimé a apprécié le début de l'invalidité dans l'ignorance de circonstances essentielles à ce sujet. En cela, il constitue dès lors un moyen de preuve nouveau et important.

Par conséquent, quoi qu'en dise l'intimé, les rapports et déclarations de ces médecins servent à l'établissement des faits en tant qu'ils apportent un éclairage nouveau sur les troubles psychiques dont souffre la requérante et le début de son invalidité en 2001, respectivement que la décision du 28 octobre 2002 comporte des défauts objectifs dès lors qu'elle retient un diagnostic de trouble de la personnalité paranoïaque remontant à l'âge adulte.

En définitive, les rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ sont nouveaux en tant qu'ils sont postérieurs à la décision du 28 octobre 2002 et auraient conduit l'autorité à statuer autrement si elle en avait eu connaissance. De plus l'appréciation inexacte des faits par l'intimé est due à l'ignorance et à l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision à savoir des éléments rendant très vraisemblable la survenance de l'invalidité après l'arrivée de la requérante en Suisse. Par conséquent, le Tribunal retiendra que les conditions de l'art. 53 al. 1 LPGA sont réalisées et qu'il y a lieu de procéder à la révision de la décision du 28 octobre 2002.

9. Par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA, la révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA), dans sa teneur applicable jusqu'au 31 décembre 2006, à savoir un délai relatif de 90 jours dès la découverte du motif de révision et un délai

---

absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (HAVE 2005 p. 242 ; ATFA non publié du 17 juin 2005, I 3/05 ; RAMA 1994 n° U 191 p. 145).

En l'espèce, la question du délai pour présenter un nouveau moyen de preuve ne se pose pas dès lors que les rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ ont été rédigés postérieurement à la nouvelle demande et pour soutenir cette dernière, dans un délai de moins de dix ans depuis la première décision de 2002. Par ailleurs, vu le type des troubles dont souffre la recourante, elle n'avait pas connaissance du changement de diagnostic.

10. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

En l'espèce, les nouveaux moyens de preuve justifient d'admettre que l'invalidité de la recourante est due à une schizophrénie paranoïde ayant débuté en février 2001 et que sa capacité de travail est nulle depuis la première consultation psychiatrique du 19 février 2001.

Il reste à examiner quel est le statut de l'assurée pour déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité applicable.

Bien que la recourante ait mentionné dans ses deux demandes de prestations de l'assurance-invalidité qu'elle est femme au foyer, il apparaît que cette mention concerne son statut à l'époque de la demande de rente d'invalidité et non pas celui qu'elle aurait eu si elle avait été en bonne santé. En effet, il ressort du dossier de l'assurée qu'elle a travaillé à 100 % pendant 16 mois alors que son enfant se trouvait en bas-âge, qu'après avoir dû renoncer à son emploi pour des raisons familiales, elle s'est annoncée à l'assurance-chômage en recherchant un travail avec un taux d'activité de 100 %, que lors de son activité de six mois dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal elle a également travaillé à 100 %, enfin, que sa situation financière familiale en 2001 (père de son fils âgé de 77 ans au bénéfice d'une rente de vieillesse et enfant de 16 ans) rend vraisemblable qu'elle aurait continué à travailler à 100% si elle n'était pas devenue invalide. En définitive, il est constant que la recourante a le statut d'une personne active qui aurait repris une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis, ce qui lui donne droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2002 en application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006.

En conséquence, par sa décision du 28 octobre 2002, l'intimé a refusé à tort le versement d'une rente d'invalidité au motif que cette dernière remontait à l'adolescence soit à une période où la recourante vivait en Algérie de sorte qu'il y a lieu d'annuler cette décision.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et les décisions du 28 octobre 2002 ainsi que du 7 novembre 2006 seront annulées. Le dossier sera renvoyé à l'intimé pour qu'il procède au calcul des prestations dues. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). En effet, selon la jurisprudence (ATF 126 V 11 consid. 2), peuvent également prétendre des dépens les assurés qui sont représentés par le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (SVR 1997 IV no 110 p. 341), Pro Infirmis (arrêt non publié K. du 30 avril 1998), l'Union Helvetia (arrêt non publié B. du 3 février 1995), le Syndicat industrie et bâtiment (arrêt non publié S. du 18 octobre 1982), un médecin (consid. 7 non publié de l'arrêt ATF 122 V 230), la rédaction du Schweizerischer Beobachter (arrêt non publié H. du 15 février 1999), le Patronato INCA (arrêt non publié G. du 19 novembre 1998), CARITAS (arrêt non publié P. du 28 mai 1998), diverses communautés de travail de malades et d'invalides (consid. 4 non publié dans Praxis 1998 no 59 p. 374; arrêts non publiés S. du 28 novembre 1989 et H. du 7 mars 1986), l'avocat d'une assurance de protection juridique (arrêt non publié H. du 27 janvier 1992), le Centro Consulenze (arrêt non publié F. du 6 avril 1990) et l'association Schweizerische Multiple Sklerose (arrêt non publié S. du 3 février 1999). Au vu du sort du recours, il convient de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 1'000 fr.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule les décisions du 28 octobre 2002 et du 19 juin 2006 ainsi que la décision sur opposition du 7 novembre 2006.
3. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2002.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. L'émolument, fixé à 1'000 fr., est mis à la charge de l'intimé.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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