

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/665/07

ATAS/448/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 17 avril 2008

En la cause

Madame G _____, domiciliée au GRAND-SACONNEX,
représentée par FORUM SANTE, Madame Christine BULLIARD

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine
KOEPPPEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G _____, d'origine italienne, est arrivée en Suisse le 4 mars 1968. Depuis lors, elle a obtenu la nationalité suisse en juin 1998.
2. Le 7 octobre 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) en vue d'obtenir une rente et une allocation pour impotence. Elle a invoqué une maladie mentale présente depuis 1969.
3. Dans un rapport daté du 18 octobre 2004, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que la patiente souffrait d'un trouble délirant persistant et de céphalées chroniques depuis une dizaine d'années. Il a également mentionné, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de gastrite et de constipation chronique. Le médecin a ajouté que l'état de santé de sa patiente s'aggravait et que celle-ci souffrait de troubles hallucinatoires à prédominance visuelle. Il a précisé qu'elle était suivie au Centre de thérapie brève (CTB) de la Jonction, par le Dr M _____. Le Dr L _____ a estimé que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'alors était "totale" de sorte que cette dernière n'était plus exigible et que l'assurée ne pouvait exercer une autre activité. Le Dr L _____ a conclu à une incapacité de travail de 80% depuis 1969 (pce 24 OCAI).
4. Interrogé par l'OCAI, le Dr M _____, chef de clinique au service de psychiatrie des adultes des hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a répondu qu'il n'avait eu l'occasion de voir cette patiente qu'à une seule reprise de sorte qu'il lui était impossible de répondre aux questions qui lui avaient été posées.
5. Dans un rapport daté du 22 décembre 2004, le Prof. N _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a confirmé le diagnostic de schizophrénie paranoïde stabilisée, existant depuis 1969. Ce médecin a encore précisé qu'aucune particularité comportementale de nature sociale, culturelle ou familiale ne jouait de rôle dans l'affection, que les troubles psychiques n'étaient pas non plus induits par le surmenage ni réactionnels à des événements de vie adverses.
6. Le dernier employeur de l'assurée, la fondation X _____, a indiqué que l'intéressée avait effectué de petites missions temporaires comme employée polyvalente pour des travaux d'entretien lors des manifestations et qu'elle n'avait plus travaillé depuis le 31 mars 2004. Auparavant, elle avait travaillé à raison de 42 heures par semaine, rémunérées 24 fr. l'heure. En 2003, par exemple, elle avait ainsi travaillé au total 360,50 heures et avait été rémunérée 8'652 fr. 75. En 2004, elle n'avait travaillé que 148 heures qui lui avaient été payées 3'792 fr. 95 (pièce 28 OCAI).

7. Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr O _____, spécialiste FMH en médecine interne travaillant au Service médical régional AI (SMR).

Ce médecin a retenu du dossier que l'assurée souffrait de schizophrénie paranoïde actuellement stabilisée. Il a exprimé l'avis qu'aucun événement récent dans les pièces versées au dossier médical ne permettait de comprendre pourquoi la capacité de travail avait baissé et a fait remarquer que le début de l'incapacité de travail n'avait pas été clairement fixé.

Afin de préciser le contexte médical des dix-huit derniers mois, ce médecin a adressé différents courriers au médecin répondant du CTB de la section de Genève, au Dr L _____, médecin traitant, et au Prof. N _____. Ces envois avaient pour but de préciser les fréquences de consultation de l'assurée depuis le 1^{er} janvier 2004, les examens complémentaires effectués et les modifications thérapeutiques mises en place durant les dix-huit derniers mois.

La demande de rapport médical au secrétariat des HUG est restée sans réponse. Le Dr O _____ a dès lors demandé qu'il soit vérifié quelles avaient été les dates des séjours hospitaliers de l'assurée à Belle-Idée depuis 1985 et qu'il lui soit adressé copie des comptes-rendus d'hospitalisation.

8. Dans un rapport médical daté du 26 septembre 2005, le Dr S. P _____, de la consultation des Pâquis, a posé les diagnostics de trouble délirant persistant, de trouble dépressif récurrent, épisode léger, et de traits de la personnalité dépendante. Quant à savoir depuis quand ces troubles étaient présents, il a répondu : "de longue date". Le médecin a attesté d'une incapacité totale de travail du 23 novembre 2004 au 30 septembre 2005. Il a expliqué que la patiente, bien que divorcée depuis de nombreuses années, habitait toujours avec son ex-mari dont elle était justement très dépendante, qu'elle n'avait aucune activité, ce dernier effectuant à sa place les tâches de la vie quotidienne.

Il a ajouté que la patiente se plaignait d'idées de persécution, d'un déficit de l'estime de soi ainsi que d'un sentiment de tension interne; elle montrait un émoussement affectif important ainsi qu'une thymie triste à chaque entretien; aucun signe extérieur n'était mis en évidence; la patiente faisait état d'idées délirantes de "concernement" et de persécution, d'hallucinations cénesthésiques mais pas d'hallucinations auditives. Le médecin a expliqué que la patiente était peu preneuse d'un suivi psychiatrique et refusait tout traitement antipsychotique, de sorte qu'elle restait chroniquement délirante et passait le plus clair de son temps en retrait, sans autres contacts que ceux entretenus avec son ex-mari.

Dans ces conditions, le Dr P _____ a émis un pronostic très réservé vu le peu d'introspection, les difficultés à établir une simple alliance thérapeutique, la gravité de la pathologie et la longueur de son évolution sans traitement. Il a indiqué que les signes psychotiques restaient importants et que l'évolution se faisait vers un état

dépressif chronique. Le manque d'élan et les idées de persécution présentées par l'assurée l'empêchaient d'exercer toute activité (pièce 45 OCAI).

Dans un questionnaire supplémentaire relatifs aux troubles psychiques, le Dr P_____ a précisé que des particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influençaient légèrement l'affection mais que l'incapacité de travail n'était due qu'à une ou des affections physiques ou mentales.

9. Le 11 octobre 2005, le Dr O_____ a préconisé de mettre sur pied une expertise psychiatrique afin de déterminer les atteintes à la santé de l'assurée et les possibles limitations fonctionnelles psychiques.
10. Par courrier du 24 août 2005, le Dr Q_____, chef de clinique du CTB de la Jonction a répondu à l'OCAI que, comme le lui avait déjà signalé lors de son précédent courrier le Dr M_____, la patiente n'avait été au CTB qu'à une seule occasion, le 29 juin 2004. Le diagnostic posé avait été celui de trouble délirant persistant et aucun examen complémentaire n'avait été effectué.
11. Par courrier du 5 août 2005, le Dr L_____ a précisé à l'OCAI que la patiente l'avait consulté à neuf reprises depuis le 1er janvier 2004 et qu'elle était sous traitement sans pouvoir indiquer précisément la posologie, renvoyant sur ce point au Dr M_____.
12. Dans un courrier adressé au SMR le 8 août 2005, le Prof. N_____ a indiqué qu'il avait pu constater les éléments cliniques suivants : isolement social (repli sur soi), net handicap du fonctionnement tant professionnel que privé, émoussement des affects, discours vague centré sur des idées sub-délirantes, expérience perceptive étrange, comportement inadéquat. Il a estimé que l'évolution était chronique. Il a précisé n'avoir vu la patiente qu'à une unique consultation en 2004 et qu'à sa connaissance, le dernier traitement était un traitement neuroleptique quotidien permettant d'éviter des décompensations aiguës.

Le Prof. N_____ a produit le courrier qu'il avait adressé en date du 12 juin 2004 au Dr L_____. Il y indiquait avoir connu la patiente vingt ans auparavant, soit vers 1984. A l'époque, elle présentait des symptômes superposables à ceux présentés en 2004, c'est-à-dire une certaine attitude autistique accompagnée d'un comportement sub-délirant. Ses plaintes étaient relativement floues (maux de tête, crampes diverses, "problèmes avec voiture"); elle présentait différentes bizarreries du comportement dont la plus gênante était de jeter des objets par la fenêtre sur les véhicules qui passaient et dont les phares la gênaient. Après avoir déménagé à Genève, elle aurait consulté un certain nombre de médecins, d'ordinaire psychiatres, qui lui auraient prescrit différents neuroleptiques ayant pour effet de la calmer quelque peu mais sans apporter de modifications profondes. Selon le Prof. N_____, la patiente a réussi "à se débrouiller remarquablement en vivant grâce à quelques heures de ménage et en profitant de l'appui de ses co-locataires". Il

a terminé en concluant que la patiente aurait dû se voir attribuer une rente d'invalidité entière depuis des années et que des démarches en ce sens devraient être initiées (pce 55 OCAI).

13. Le dossier de l'assurée a été soumis à la division de réadaptation professionnelle qui a rendu son rapport en date du 4 janvier 2007. Elle a proposé d'octroyer à l'assurée une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 86% et de considérer sa demande comme tardive. La division de réadaptation s'est basée sur l'avis du médecin traitant qui conclut à une incapacité de travail de 80% dans toute activité depuis 1969 (pièce 58 OCAI).
14. Le 8 janvier 2007, un projet de décision a été adressé à l'assurée, aux termes duquel le droit à une rente lui a été refusé.

L'OCAI a retenu des rapports médicaux figurant au dossier que l'atteinte à la santé était stationnaire depuis le début du suivi spécialisé en mai 1968 et n'avait jamais permis à l'assurée d'avoir une activité professionnelle suivie. A cet égard, il a relevé que l'assurée avait travaillé de manière régulière dans des postes subalternes durant les trente-cinq années prise en considération, de 1968 à 2003, et que ses revenus avaient varié de 481 fr. à 31'875 fr. L'OCAI a constaté que la moyenne des revenus acquis durant cette période de trente-cinq ans s'élevait à 16'500 fr. et en a tiré la conclusion que l'assurée n'avait pas eu de capacité économiquement exploitable en 1968.

Compte tenu des circonstances, il a fixé la survenance de l'invalidité à mars 1968 au plus tard, période à laquelle l'assurée est arrivée en Suisse, et en a tiré la conclusion qu'elle ne remplissait pas les conditions d'assurance puisqu'elle ne pouvait justifier, au moment de la survenance de l'invalidité, d'une année de cotisations.

L'OCAI s'est ensuite posé la question du droit éventuel de l'assurée à une rente extraordinaire d'invalidité, étant rappelé que l'assurée a obtenu la nationalité suisse par naturalisation en juin 1998 et que, sous l'empire de l'ancien droit, les ressortissants suisses domiciliés en Suisse qui ne pouvaient prétendre une rente ordinaire d'invalidité ou dont la rente était inférieure à la rente extraordinaire avaient droit à cette dernière dans la mesure où les deux tiers de leur revenu annuel - auquel était ajoutée une part équitable de leur fortune - n'atteignaient pas certaines limites. Compte tenu de l'ensemble des circonstances, l'OCAI a considéré que l'assurée aurait pu prétendre à une rente extraordinaire d'invalidité avant l'entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1997 des modifications légales introduites par la 10^{ème} révision de l'AVS et que, depuis le 1^{er} janvier 1997, elle pourrait recevoir des prestations complémentaires puisque son taux d'invalidité se confondait avec son taux d'incapacité de travail et devait être fixé à 80%.

15. Le 11 janvier 2007, l'OCAI a par ailleurs rendu un second projet de décision refusant à l'assurée une allocation pour impotent au motif qu'elle ne remplissait pas

les conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité, fixée au mois de mars 1968.

16. Par courrier du 31 janvier 2007, le conseil de l'assurée a formellement contesté le projet de décision du 8 janvier 2007 en alléguant qu'à son arrivée en Suisse, l'assurée avait été capable de travailler à plein temps et l'avait fait pendant plusieurs années.
17. Le 12 février 2007, l'OCAI a rendu une décision formelle confirmant son projet du 8 janvier 2007 de refus de rente.
18. De même, le 15 février 2007, il a rendu une décision formelle confirmant son projet de décision du 11 janvier 2007 de refus d'une allocation pour impotent.
19. Par courrier du 20 février 2007, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 15 février 2007 lui refusant une allocation pour impotent. Elle allègue, que durant les premières années de son séjour en Suisse, elle n'était pas invalide puisqu'elle a travaillé à plein temps. Elle se réfère à l'extrait de compte individuel de la caisse de compensation FER-CIAM dont il ressort qu'elle a gagné en moyenne et par mois, 539 fr. 50 en 1969, 885 fr. 65 en 1970, 936 fr. 65 en 1971, 1'016 fr. 60 en 1972 et 1'057 fr. 75 en 1973. Elle allègue que ces salaires correspondent à ce que gagnait à l'époque une employée non qualifiée. Qui plus est, le relevé de la FER-CIAM démontre que des cotisations ont été versées de janvier à décembre pour 1969, 1970, 1971, 1972 et 1973. Elle conteste la méthode utilisée par l'OCAI en faisant remarquer qu'il n'est pas adéquat de calculer la moyenne des revenus qu'elle a réalisés durant trente-cinq ans alors qu'il s'agit de déterminer si elle était ou non invalide à son arrivée en Suisse.
20. Par courrier du 22 février 2007, l'assurée a également interjeté recours contre la décision du 12 février 2007 lui refusant une rente, en reprenant les mêmes arguments que ceux développés dans son recours du 20 février 2007 dirigé contre le refus d'allocation pour impotent.
21. Par courrier du 15 mars 2007, l'assurée a encore produit une attestation établie par le Dr L_____ le 26 février 2007. Ce médecin y confirme que le trouble délirant persistant dont souffre sa patiente entraîne une impotence grave car elle a besoin de l'aide régulière et importante de tiers pour tous les actes ordinaires de la vie tels que s'habiller, se nourrir, et que de plus son état nécessite une surveillance permanente.
22. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 10 avril 2007, a conclu au rejet des recours.
23. La recourante, par lettre du 18 avril 2007, a maintenu sa position.

24. Par ordonnance du 29 octobre 2007, les causes ont été jointes.
25. Constatant que le Dr R_____ suivait l'assurée depuis 1984 et avait indiqué au Dr L_____ que les troubles constatés lors de la dernière consultation, en juin 2004, étaient superposables à ceux présentés en 1984, le Tribunal de céans a demandé au Dr N_____ s'il pouvait dater plus ou moins précisément l'apparition des premiers symptômes et plus particulièrement la date à laquelle ils avaient commencé à influencer la capacité de travail de l'assurée. Il lui a été demandé de préciser par ailleurs sur la base de quels éléments il avait fixé l'apparition de la schizophrénie paranoïde à 1969.
26. Par courrier du 7 novembre 2007, le conseil de la recourante a produit un tableau émanant de l'Office fédéral de la statistique, portant sur l'évolution depuis 1970 des salaires des femmes non qualifiées travaillant dans les services personnels. Le représentant de l'assurée fait valoir que ce tableau démontre que les salaires réalisés par l'intéressée de 1969 à 1973 correspondent bien à ce qui se pratiquait à l'époque, puisqu'ils ont évolué de 751 fr. en 1970, à 859 fr. en 1971, 965 fr. en 1972 et 1'102 fr. en 1973 pour finir à hauteur de 3'415 fr. en 2004. Il relève par ailleurs que ces années-là, le rassemblement des comptes individuels AVS de sa mandante démontre qu'elle a cotisé douze mois par an.
27. Par courrier du 6 décembre 2007, le Dr N_____ a répondu n'avoir pas eu - à son souvenir - accès à des documents médicaux datant d'avant 1984, date à laquelle il a commencé à suivre l'assurée. Il croit se rappeler que les renseignements faisant remonter l'apparition de la pathologie à 1969 proviennent du dossier d'un hôpital dans lequel a séjourné l'assurée, tout en précisant que le fait de souffrir de schizophrénie n'implique pas forcément d'invalidité.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1,

consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à des prestations pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, les décisions litigieuses, rendues en février 2007, sont postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la demande d'invalidité ayant été déposée le 7 octobre 2004), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

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

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante, d'origine italienne mais ayant acquis la nationalité suisse, à une rente d'invalidité d'une part, et à une allocation pour impotence, d'autre part. Selon l'intimé, l'assurée ne saurait y prétendre, au motif que l'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurance au moment de la survenance de l'invalidité - fixée par l'OCAI au mois de mars 1968.

Il convient donc en premier lieu d'examiner la question de la survenance de l'invalidité et de vérifier si c'est à juste titre que l'OCAI l'a fait remonter au mois de mars 1968.

5. a) Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 9 consid. 2b; 160 consid. 3a; 118 V 82 consid. 3a et les références).

b) S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où celui-ci prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable. La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al 2 LAI ; ATF 126 V 9 consid. 2b et les références; ATFA du 1^{er} mai 2003 I 780//02 consid. 4.3.1).

c) S'agissant du droit à une allocation pour impotent, la survenance de l'invalidité se situe au moment où le droit à une telle allocation prend naissance c'est-à-dire dès le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions de ce droit sont réalisées (art. 35 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI]). En d'autres termes la survenance de l'invalidité est fixée au moment où l'assuré remplit au moins les conditions d'octroi d'une allocation pour impotence de degré faible, c'est-à-dire dès qu'il a besoin, même avec des moyens auxiliaires :

- a. de façon régulière et importante de l'aide d'autrui pour accomplir au moins deux actes ordinaires de la vie;
- b. d'une surveillance personnelle permanente;
- c. de façon permanente, de soins particulièrement astreignants exigés par son infirmité;
- d. de services considérables et réguliers de tiers lorsqu'en raison d'une grave atteinte des organes sensoriels ou d'une grave infirmité corporelle, il ne peut entretenir des contacts sociaux avec son entourage que grâce à eux; ou
- e. d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie au sens de l'art. 38 (art. 37 al. 3 RAI).

Selon l'art. 38 RAI, le besoin d'un accompagnement durable pour faire face aux nécessités de la vie existe lorsque l'assuré majeur ne vit pas dans une institution mais ne peut pas, en raison d'une atteinte à la santé :

- a. vivre de manière indépendante sans l'accompagnement d'une tierce personne;
- b. faire face aux nécessités de la vie et établir des contacts sociaux sans l'accompagnement d'une tierce personne; ou
- c. éviter un risque important de s'isoler durablement du monde extérieur.

Il est précisé que si une personne souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, elle doit, pour être considérée comme impotente, avoir droit au moins à un quart de rente (art. 38 al. 2 RAI).

6. a) En l'espèce, il convient, pour fixer la survenance de l'invalidité, d'opérer une distinction selon la prestation entrant en considération.

b) S'agissant de la rente d'invalidité, il n'est pas contesté que l'assurée souffre d'un trouble délirant persistant invalidant.

Le Dr L_____ conclut à une incapacité de travail de 80 % depuis 1969, tandis que le Dr P_____ conclut à une incapacité totale de travail, mais pour la période du 23 novembre 2004 au 30 septembre 2005 seulement. Quant au Prof. N_____, qui a vu la patiente pour la première fois en 1984, il a estimé qu'elle aurait dû se voir attribuer une rente d'invalidité entière "depuis des années", sans plus de précision. L'intimé lui-même ne conteste pas que l'atteinte à la santé de l'assurée entraîne une invalidité, dont il fait remonter la survenance à mars 1968 au plus tard, période à laquelle l'assurée est arrivée en Suisse. L'OCAI a en effet considéré que l'atteinte à la santé de l'assurée est stationnaire depuis son arrivée en Suisse et ne lui a jamais permis d'avoir une activité professionnelle suivie. Se basant sur une jurisprudence du Tribunal fédéral (ATFA I 351/04 du 28 juillet 2005), l'intimé a considéré l'ensemble de la période s'étendant de 1968 à 2003, a calculé le salaire moyen de l'assurée et en a tiré la conclusion que durant ces 35 années durant lesquelles ses revenus avaient varié de 481 fr. à 31'875 fr., l'assurée n'avait jamais eu véritablement de capacité économiquement exploitable.

Le Tribunal de céans est d'avis que l'on ne peut procéder de cette manière en l'espèce car l'assurée - contrairement au cas faisant l'objet de la jurisprudence à laquelle se réfère l'intimé - a été capable de travailler durant plusieurs années à plein temps après son arrivée en Suisse. On ne saurait donc affirmer qu'elle a travaillé de manière irrégulière durant les années qui ont suivi son arrivée. Ceci ressort de l'extrait de son compte individuel AVS qui démontre que durant les cinq années suivant son entrée en Suisse, soit de 1968 à fin 1973, elle a travaillé sans discontinuer. En 1974, l'assurée a travaillé du mois de mars au mois de décembre. En 1975, 1976 et 1977, elle a travaillé de janvier à décembre sans interruption.

Certes, ses revenus ont été peu élevés (en moyenne et par mois : 539 fr. 50 en 1969, 885 fr. 65 en 1970, 936 fr. 65 en 1971, 1'016 fr. 60 en 1972 et 1'057 fr. 75 en 1973). Néanmoins, ces montants - ainsi que le fait remarquer la recourante - correspondent au salaire moyen que pouvait réaliser une femme non qualifiée travaillant dans les

services personnels ces années-là. En effet, selon les chiffres de l'Office fédéral de la statistique produits par la recourante, ce salaire moyen s'est élevé : à 751 fr. en 1970, à 859 fr. en 1971, à 965 fr. en 1972 et à 1'102 fr. en 1973.

Il est vrai que l'assurée a sans doute toujours occupé des postes subalternes, ainsi que le démontre la modicité des revenus réalisés, mais il n'en demeure pas moins qu'on ne saurait tirer la conclusion - comme le fait l'intimé - qu'elle aurait été incapable de garder un emploi pendant des périodes prolongées. Au contraire, à titre d'exemple, elle a travaillé pour l'Etat de Vaud de 1969 à 1971 et pour la MIGROS de 1971 à 1973.

En conséquence, s'il faut bien admettre que la maladie était déjà présente avant l'arrivée de l'assurée en Suisse, il n'en demeure pas moins, ainsi que le fait d'ailleurs remarquer le Prof. N_____, que l'on ne saurait en conclure qu'elle était déjà invalidante, le fait de souffrir de schizophrénie n'impliquant pas forcément une invalidité.

Eu égard à ces éléments, le Tribunal de céans est convaincu que la survenance de l'invalidité ne peut être fixée à une date antérieure à 1978, année durant laquelle, pour la première fois, l'assurée a changé d'employeur à de multiples reprises. Il semble bien plutôt que la situation de l'assurée se soit péjorée au fil du temps. La survenance de l'invalidité doit bien plutôt être fixée quelque part entre 1978 et 1984, année durant laquelle le Prof. N_____ a vu l'assurée pour la première fois. Elle présentait alors des symptômes superposables à ceux constatés par le Dr L_____ en 2004; le Dr L_____ concluait alors à une incapacité de travail de 80 %. Malheureusement, les documents médicaux recueillis ne permettent en l'état pas d'être plus précis. Quoi qu'il en soit, cela a pour conséquence que les conditions d'assurance étaient alors sans conteste réunies, l'assurée ayant - ainsi qu'on l'a vu - cotisé bien plus d'une année.

C'est donc à tort que l'intimé a refusé toute prestation au prétexte que les conditions d'assurance ne seraient pas remplies.

La survenance de l'invalidité remontant à un moment compris entre 1978 et 1984, la demande de prestations déposée en octobre 2004 doit être qualifiée de tardive, en tout cas s'agissant de la rente d'invalidité.

c) Le même développement peut être suivi concernant la demande d'allocation pour impotence.

7. Aux termes de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations, en dérogation à l'art. 24 al. 1 LPGA, ne sont allouées que pour les 12 mois précédents le dépôt de la demande. Elles ne sont allouées pour une période antérieure que si l'assuré ne pouvait pas connaître les

faits donnant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les 12 mois dès le moment où il en a eu connaissance.

La jurisprudence a précisé à cet égard que la seconde phrase de cette disposition légale ne concerne pas les cas où l'assuré connaissait les faits ouvrant droit à des prestations mais ignorait qu'ils lui donnaient ce droit (ATF 102 V cons. 1 p. 113).

Le Tribunal fédéral des assurances a encore constaté que l'absence à l'art. 48 al. 2 LAI d'une disposition relative à l'impossibilité d'agir pour cause de force majeure devait être considérée comme une véritable lacune due à une inadvertance du législateur et qu'il était par conséquent juste d'assimiler à la demande présentée dans l'année qui suit la naissance du droit celle que l'assuré empêché d'agir à temps par un cas de force majeure présente plus tard, dans un délai convenable – qui n'a pas été précisé - après la cessation de l'empêchement. Encore faut-il qu'il s'agisse d'une impossibilité objective s'étendant sur la période au cours de laquelle l'assuré se serait vraisemblablement annoncé à l'assurance s'il l'avait pu et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif comme d'ignorer son droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATF 102 V consid. 2a p. 115).

En l'espèce, la seconde hypothèse évoquée par l'art. 48 al. 2 LAI n'entre manifestement pas en ligne de compte. Il n'est d'ailleurs pas allégué que l'assurée n'aurait pas eu connaissance des faits donnant droit à prestation.

Le cas échéant, des prestations ne pourront donc être allouées à l'assurée qu'à compter du mois d'octobre 2003 au plus tôt.

8. A ce stade, force est de constater que le degré d'invalidité de l'assurée n'a jamais été déterminé de manière précise par l'OCAI. Le Prof. N_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail. Le Dr L_____ a conclu, sans nuances, à une incapacité de 80% depuis 1969, alors qu'il a été démontré précédemment que l'assurée a pu exercer une activité lucrative plusieurs années après cette date et que le Dr L_____ a fait état d'une aggravation de l'état de la patiente. Quant au Dr P_____, il n'a admis une incapacité de travail totale que pour la période du 23 novembre 2004 au 30 septembre 2005. Il conviendrait dès lors d'investiguer la question de la capacité de travail de l'assurée, à tout le moins depuis l'année précédant sa demande de prestations, afin de pouvoir se déterminer en connaissance de cause sur son degré d'invalidité. L'expertise psychiatrique préconisée par le Dr O_____, du SMR, en octobre 2005 déjà, s'avère nécessaire. Elle permettra également de se prononcer sur la demande d'allocation pour impotent, dont il convient de rappeler qu'elle est soumise, notamment, à la condition que l'assurée, qui souffre uniquement d'une atteinte à la santé psychique, ait au moins droit à un quart de rente (art. 38 al. 2 RAI).

Le Tribunal de céans considère dès lors que le dossier n'est pas en état d'être jugé dans la mesure où aucune investigation approfondie n'a été menée sur le plan

psychique pour déterminer précisément la capacité de travail de l'assurée, les activités qui pourraient encore être envisagées le cas échéant et où il n'a été procédé à aucune comparaison des gains.

Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a, en principe, le choix entre deux solutions, soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (cf. ATF 122 V 163 consid. 1d, RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206).

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après avoir fait procéder à une expertise psychiatrique par un médecin spécialisé en la matière, se détermine sur le degré d'invalidité de la recourante, son droit à une rente d'invalidité et à une allocation pour impotence.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare les recours recevables.

Au fond :

2. Les admet partiellement.
3. Annule les décisions des 12 et 15 février 2007.
4. Renvoie la cause à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelles décisions.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'500 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. 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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

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