

GE_GERICHTE A/3988/2007 vom 12. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3988_2007

FR: GE_GERICHTE A/3988/2007 du 12 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3988/2007 del 12 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.11.2008
A/3988/2007

A/3988/2007 ATAS/1266/2008 du 12.11.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3988/2007 ATAS/1266/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 12 novembre 2008 En la cause Madame V _____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame V _____, ressortissante espagnole née en 1962, a travaillé en tant qu'ouvrière polyvalente pour l'usine d'électricité X _____, à partir du mois de juin 1990. Le 29 septembre 1999, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI). Le Dr A _____, spécialiste FMH en endocrinologie et médecin interne, médecin traitant, ainsi que le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans un contexte de fibromyalgie et un état dépressif sévère. L'assurée était dans l'incapacité totale de travailler et l'état de santé s'aggravait. En raison de tendances suicidaires, l'assurée a été suivie entre février et juillet 1999 par le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce spécialiste a diagnostiqué un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et considérait que l'incapacité de travail était de 100%. L'OCAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'AI (ci-après COMAI) de Lausanne. Dans le rapport d'expertise du 4 février 2002, le COMAI a relevé que selon le rhumatologue, l'assurée pouvait exercer la profession d'ouvrière pour pièces d'électricité à mi-temps avec un rendement de 40%. En revanche, la Dresse D _____, psychiatre, a relevé, outre un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, un trouble de la personnalité dépendante qui chronifiait et rigidifiait la symptomatologie et constaté que certains éléments contribuaient à aggraver la symptomatologie de l'assurée. Le trouble présenté n'était pas une réaction normale au vu de la situation et pouvait être qualifié de maladie chronique, rendant illusoire la reprise d'une activité lucrative. Le collège des experts a quant à lui posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, syndrome douloureux somatoforme persistant et trouble de la personnalité dépendante. Les médecins ont considéré que globalement une capacité résiduelle de 40% persistait dans la profession précédemment exercée par la patiente ou encore dans l'industrie légère. Les médecins du COMAI se sont expressément distancés des avis du Dr A _____ et de leur psychiatre, la Dresse D _____. Cette dernière, qui a participé à la séance de décision multidisciplinaire, a persisté dans son estimation, à savoir une totale incapacité de travail. Par décision du 25 septembre 2002, l'OCAI a retenu un degré d'invalidité de 60% et octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} septembre 2002. L'assurée a interjeté

recours en date du 21 octobre 2002, sollicitant l'octroi d'une rente entière. Elle soutenait avoir énormément travaillé tant que sa santé l'avait permis avec un absentéisme proche de zéro, mais que désormais elle était incapable de reprendre une activité même à temps partiel. Les douleurs dont elle souffre la fatiguent physiquement et psychologiquement et elle devient peu à peu une charge pour son entourage. Par arrêt du 25 septembre 2003, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assurée. Le recours de droit administratif interjeté par l'assurée auprès du Tribunal fédéral des assurances a été admis par arrêt du 1^{er} avril 2004, en raison de la composition irrégulière du Tribunal de céans et la cause renvoyée afin qu'il statue à nouveau. Par arrêt du 2 septembre 2004, le Tribunal de céans a rejeté le recours de l'assurée. L'assurée a interjeté un nouveau recours auprès du Tribunal fédéral des assurances (TFA). Par lettre du 27 avril 2005, le juge délégué a informé l'assurée que le TFA pourrait être amené à réformer en sa défaveur le jugement cantonal et l'a invitée à se déterminer sur cette éventualité, tout en la rendant expressément attentive à la possibilité de retirer son recours. L'assurée a maintenu son recours. Par arrêt du 13 juillet 2005, le TFA a rejeté le recours de l'assurée et annulé le jugement du 2 septembre 2004 du Tribunal cantonal des assurances ainsi que la décision du 25 septembre 2002 de l'OCAI, la demande de prestations de l'assurance-invalidité étant rejetée. Il a considéré que le diagnostic d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique ne saurait être retenu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux et que le trouble de la personnalité dépendante qui affecte la recourante ne peut être assimilé à une véritable à la santé psychique ayant valeur de maladie. Quant au rapport du Dr A _____ communiqué en date du 24 janvier 2005, il était postérieur à la décision litigieuse du 25 septembre 2002, de sorte qu'il ne pouvait pas être pris en considération. Le 23 août 2005, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OCAI, invoquant une aggravation de son état de santé général depuis sa première demande d'AI de 1999. Par décision du 6 septembre 2005, l'OCAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'assurée ne faisait état d'aucune modification substantielle de sa situation. Par courrier du 28 septembre 2005 adressé à l'OCAI, le Dr A _____ relève que déjà le rapport d'expertise du COMAI de Lausanne du 4 février 2002 faisait mention d'un consilium psychiatrique du 13 août 2001 sur lequel les experts psychiatres n'ont pas diagnostiqué le vrai diagnostic psychiatrique de la patiente, à savoir une schizophrène histrioïde délirante. Il a expliqué que dans un contexte d'idées délirantes, la patiente avait acheté deux pistolets qui ont été saisis par la police genevoise qui l'a hospitalisée aux urgences des HUG. Les psychiatres l'ont alors transférée à la Clinique de Belle-Idée à Genève et ont retenu enfin le diagnostic de syndrome schizoïde. Selon le médecin traitant, il s'agit-là d'un élément nouveau et il est évident que cette patiente est porteuse de maladies psychiatriques invalidantes. Il rappelle qu'il avait écrit au Tribunal fédéral des assurances avant que le jugement ne soit prononcé et que les juges fédéraux avaient estimé que les éléments qu'il avait décrits étaient apparus postérieurement à la première demande de prestations AI de sorte que juridiquement, ils ne pouvaient pas en tenir compte. Le médecin indique qu'il a rappelé le Tribunal fédéral des assurances et qu'on lui a conseillé de réintroduire une nouvelle demande de prestations AI, ce qui a été fait. Il relève au surplus que la patiente refuse le diagnostic psychiatrique, se décrivant comme mentalement saine, ce qui est souvent le cas dans ce genre de diagnostic. Il a demandé l'ouverture de l'instruction et la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique ciblée. Dans un rapport du 17 janvier 2005, les médecins du département de psychiatrie de la clinique de Belle-Idée ont attesté que l'assurée a été hospitalisée du 12 janvier 2005 au 14 janvier 2005

en raison d'un risque hétéro-agressif avec troubles psychotiques et troubles délirants. Des armes ont été confisquées par la police. Dans un résumé de séjour daté du 18 janvier 2005, les médecins de la clinique de Belle-Idée ont relevé qu'il s'agit d'une première hospitalisation en entrée non-volontaire en raison d'un risque hétéro-agressif chez une patiente présentant des idées délirantes de persécution ainsi que des idées délirantes érotomaniaques, suite à l'achat d'une arme à feu. Les médecins relèvent s'être assurés auprès de la police que les armes à feu ne seront pas restituées à l'assurée et avoir proposé à plusieurs reprises un traitement de neuroleptiques ainsi qu'un suivi en psychiatrie, ce que l'assurée a refusé. En l'absence de critères de dangerosité, ils ont accepté la demande de sortie de la patiente. Le 27 octobre 2005, l'Hospice général a informé le Dr A _____ des nombreux problèmes rencontrés par l'assurée avec les locataires de l'immeuble, en raison de son comportement. La situation était extrêmement préoccupante dès lors que l'assurée risquait de ne plus avoir de logement. Ce courrier fait état de comportements parfois extrêmement agressifs de l'assurée vis-à-vis des voisins et du personnel de l'Hospice général. Dans un rapport établi en date du 15 mai 2007, le Dr C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de l'humeur et un trouble somatoforme avec syndrome douloureux persistant de type fibromyalgie. Ces troubles sont présents depuis bien avant 1999. Depuis 2004, se sont manifestées des idées délirantes qui configurent un trouble délirant persistant et chronique. L'incapacité est totale depuis septembre 1998 pour son affection fibromyalgique et dépressive. Il indique que la patiente présente un syndrome dépressif et somatoforme chronique compliqué par une pathologie délirante qui la protège d'un effondrement dépressif majeur. Le pronostic n'est pas favorable. Elle a été en traitement chez lui pendant l'année 1999. La patiente a repris contact avec lui pour un traitement de soutien psychothérapeutique le 26 avril 2005 suite à une hospitalisation à la clinique de Belle-Idée. Le Dr B _____ a établi un rapport en date du 24 mai 2007. Il a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique, un syndrome dépressif chronique avec graves troubles de la personnalité et des somatisations, depuis 1995. L'incapacité de travail est de 100% depuis septembre 1999. Il relève que l'assurée souffre d'un syndrome douloureux chronique qu'il faut rattacher surtout au grave trouble de la personnalité qui se manifeste actuellement par un état dépressif important, des sentiments de persécution et des idées délirantes. Il n'a pas d'espoir de faire disparaître le syndrome douloureux chronique, ni que l'assurée puisse reprendre une quelconque activité professionnelle. Dans un avis du 11 septembre 2007, le SMR Suisse romande retient une incapacité de travail totale depuis janvier 2005, date de la décompensation délirante. Par décision sur opposition du 24 septembre 2007, l'OCAI a reconnu à l'assurée une incapacité totale de travail depuis janvier 2005 et lui a octroyé une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2006. Le 9 octobre 2007, l'assurée fait opposition, relevant que la date de son incapacité de travail est septembre 1999 et demande la rectification de la décision. Le 17 octobre 2007, l'OCAI a transmis ce courrier au Tribunal de céans comme objet de sa compétence. Par courrier du 30 octobre 2007, l'assurée a complété son recours en exposant qu'elle est en arrêt maladie depuis le 28 septembre 1998 et qu'elle se considère invalide depuis le 1^{er} septembre 1999. Elle a communiqué en annexe à son recours un certificat médical d'arrêt de travail établi par le Dr A _____ en date du 31 octobre 2007, attestant d'une incapacité de travail totale depuis le 25 septembre 1998, pour une durée indéterminée. Dans sa réponse du 27 novembre 2007, l'OCAI s'est référé aux pièces du dossier et a conclu au rejet du recours. Le Tribunal de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle qui s'est tenue en date du 6 février 2008. La

recourante a confirmé les termes de son recours, à savoir qu'elle estimait avoir droit à une rente entière d'invalidité depuis 1999. Elle a expliqué qu'elle a dû cesser de travailler en 1998. Elle a exposé que le Dr A _____ était son médecin traitant depuis des années, que du point de vue rhumatologique elle est suivie par les Drs B _____ et E _____. Sur le plan psychiatrique, elle est suivie par le Dr C _____ qu'elle avait consulté une première fois en 1999. Sur question du Tribunal, elle a expliqué qu'elle parlait de sa maladie avec le psychiatre, mais qu'elle ne prenait pas de médicaments antidépresseurs, ni des neuroleptiques, car elle n'en avait pas besoin. Le Tribunal de céans a entendu le Dr C _____, psychiatre de l'assurée en date du 19 mars 2008. Ce dernier a confirmé qu'il avait soigné l'assurée une première fois en 1999. Il l'avait suivie durant quelques mois, de février à juillet 1999. A l'époque, hormis l'état dépressif, la patiente présentait un syndrome somatoforme douloureux. Il n'avait pas mis en évidence d'autres traits sur le plan psychique, si ce n'est quelques traits revendicateurs, mais pas très marqués. Il a revu la patiente en 2005, elle lui avait à nouveau été adressée par le Dr A _____. Il a expliqué qu'elle avait fait un séjour à la clinique de Belle-Idée pour un épisode psychotique; auparavant, la police avait saisi deux armes qu'elle souhaitait récupérer et elle sollicitait un certificat attestant qu'elle en ferait un bon usage, ce qu'il n'a point fait. Il explique qu'il suit la patiente depuis 2005, mais de façon espacée. Elle n'a pas de traitement neuroleptique parce qu'il s'agit d'un trouble de l'idéation qui ne répond pas à ce type de traitement. Il a confirmé le diagnostic posé par la clinique de Belle-Idée, à savoir un trouble psychotique de type délirant. De son point de vue, en 1999 déjà l'assurée était incapable de travailler en raison du trouble somatoforme et de l'état psychique, à savoir un état dépressif moyennement grave. L'invalidité était liée au trouble somatoforme plus qu'à l'état psychique. Selon le médecin, les premiers troubles psychiques présentés par la patiente sont à mettre en lien avec le moment où sa fille a été envoyée en Espagne chez les grands-parents en 1995. La situation conjugale s'était alors détériorée. Lorsqu'il a revu la patiente en 2005, le caractère et plus particulièrement les traits revendicateurs étaient bien plus marqués. Il a remarqué que quelque chose s'était produit sur le plan mental, il a constaté l'apparition d'idées pas très réalistes à mettre en relation avec le trouble psychotique. Interrogé par le Tribunal, le médecin a indiqué qu'il est tout à fait possible que la patiente ait présenté des troubles délirants dès 2004. Pour la période antérieure, il ne lui était pas possible de le dire. Il en avait parlé avec le Dr A _____ qui lui a indiqué que c'est en 2004 qu'il avait détecté des troubles délirants. Sur question, le psychiatre a indiqué qu'il parlait librement avec sa patiente de son problème psychique, mais avec quelques aménagements. La patiente est dans une production mentale pathologique d'idées non réalistes, elle a la conviction que la société, et les assurances en particulier lui doivent quelque chose. Ce n'est pas une simulatrice, mais il s'agit d'un mode de raisonnement pathologique. L'assurée est de bonne foi. Le Tribunal a encore entendu le Dr A _____, médecin traitant, en date du 11 juin 2008. Le praticien a indiqué qu'il était le médecin traitant de la recourante depuis 1999 et que son état de santé psychologique s'est dégradé autour de l'an 2000. Au départ, elle présentait un état dépressif qu'il avait objectivé et, par la suite, cet état a évolué. L'aggravation de son état psychique était cachée. Il a indiqué que le 18 novembre 2004, il avait téléphoné au greffier du Tribunal fédéral des assurances pour lui signaler que l'état psychique de sa patiente s'était dégradé et lui avait tout expliqué. Il avait rappelé ces faits dans sa lettre du 30 septembre 2005 au Tribunal fédéral des assurances. Le greffier lui avait répondu qu'il ne pouvait rien faire. Il avait proposé à sa patiente un suivi spécialisé, mais c'était difficile pour elle d'accepter. En

janvier 2005 d'après ce que la patiente lui avait raconté, la police est intervenue chez elle pour saisir deux pistolets, puis l'a conduite aux HUG. Les médecins des urgences ont finalement décidé d'une hospitalisation à la clinique de Belle-Idée. De son point de vue, l'état psychique de sa patiente nécessitait déjà des soins avant cette date, en été 2004, époque où il a pu constater une aggravation de l'état psychique. L'aggravation de son état l'empêche de travailler à 100% dans n'importe quelle activité. Sur question, le médecin a indiqué que les troubles constatés en été 2004 ont été décrits dans son courrier détaillé adressé au TFA en septembre 2005. Il rappelait le consilium psychiatrique qui avait eu lieu au COMAI en 2001, qui n'avait pas pu poser de diagnostic précis à ce moment-là. De son point de vue, ce diagnostic existait déjà à l'époque. Selon le Dr A_____, le véritable diagnostic a été raté en 2001. Le Dr A_____ a expliqué avoir vu sa patiente pour la dernière fois en avril 2008. Elle devait venir à sa consultation le 13 mai, ce qu'elle n'a pu faire, car depuis le 9 mai elle est hospitalisée à la clinique de Belle-Idée. Selon le médecin traitant, l'assurée est sous curatelle. Dans un avis du 24 juin 2008, le SMR indique que l'incapacité de travail totale depuis 1999 ne peut être admise. Si le trouble délirant avait été présent lors de l'expertise du COMAI en 2002, il aurait certainement été reconnu lors de l'examen par la Dresse D_____, psychiatre. On peut admettre que les troubles psychiatriques à la base de l'incapacité de travail actuelle sont apparus progressivement dès 2004 et se sont aggravés par la suite, avec des soins nécessaires dès l'été 2004 et une incapacité de travail dès cette date. Dans ses écritures du 9 juillet 2008, l'OCAI conclut à l'admission partielle du recours et à la reconnaissance d'une incapacité de travail totale dès l'été 2004. Cette écriture a été communiquée à l'assurée avec un délai au 31 juillet pour faire part de sa détermination. La recourante n'a déposé aucune observation. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Interjeté dans la forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Seule est litigieuse en l'occurrence la date à partir de laquelle la recourante peut prétendre à la rente entière d'invalidité. L'intimé a en effet admis, au regard de l'instruction complémentaire effectuée dans le cadre de la présente procédure, que l'assurée présente une incapacité de travail totale depuis l'été 2004. La recourante a quant à elle persisté à conclure à une incapacité de travail totale depuis 1998. 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). Quand l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au

fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 41 LAI. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). L'évaluation de l'invalidité doit être effectuée selon les règles générales. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Les assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique ou mentale et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une sont réputés invalides si l'atteinte les empêche d'accomplir leurs travaux habituels. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Le droit à la rente prend naissance selon l'art. 29 al. 1 LAI, au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Enfin, en cas de nouvelle demande, l'art. 48 al. 2 LAI est déterminant pour la fixation du début du droit à une rente avec effet rétroactif (ATF 129 V 219 s. consid. 3.2.4, 109 V 117 s. consid. 4 et les références). Cette disposition légale est une norme spécifique au droit de l'assurance-invalidité, qui limite en principe à douze mois le paiement de prestations arriérées en cas de demande tardive. Le but de cette disposition légale est de dispenser l'administration de procéder à l'examen de faits déterminants en matière d'assurance-invalidité, lorsqu'ils datent d'années en arrière et qu'ils ne peuvent quasiment plus conduire à des constatations sûres (ATF 129 V 220 consid. 4.2.1, 114 V 136 s. consid. 3b et les références). Il convient préalablement de rappeler que le TF a jugé qu'au moment de la première décision de l'OCAI, du 25 septembre 2002, la recourante ne présentait aucune atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI. La recourante a cependant déposé une nouvelle demande le 23 août 2005, alléguant une aggravation de son état de santé depuis 1999. Il n'est plus contesté aujourd'hui que l'assurée présente une atteinte à la santé psychique qui l'empêche d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit. L'instruction complémentaire effectuée par le Tribunal de céans a permis en effet d'établir que l'aggravation peut être admise depuis l'été 2004 déjà, date de l'apparition des troubles délirants constatés par le Dr A_____. Cette hypothèse a été confirmée par le Dr C_____, qui a confirmé le diagnostic psychiatrique, mais n'a pas pu se prononcer sur la nature et la gravité de l'atteinte psychique pour la période précédant l'été 2004. Par conséquent, il convient de retenir, avec l'intimé, que la recourante présente

une atteinte à la santé psychique invalidante dès l'été 2004. Etant donné que le Dr A_____ a déclaré avoir constaté une péjoration de l'état de santé psychique trois ou quatre mois avant son téléphone du 18 novembre 2004 au greffier du TF, il convient de fixer la date du début de l'aggravation objective au mois de juillet 2004. Le droit à une rente prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1 let. b LAI un an plus tard, soit en juillet 2005. La nouvelle demande ayant été déposée le 23 août 2005, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2005 (art. 48 al. 2 LAI). Le recours est partiellement admis. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le mois de juillet 2005. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OCAI. 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 Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.