RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3306/2005 **ATAS/1086/2005**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 12 décembre 2005

En la cause

Madame N_____, domiciliée c/o Mme R_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laurent WINKELMANN	recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de Lyon 97 à Genève	intimé

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Doris WANGELER et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Madame N_____, ressortissante suisse née à Londres (GB) le 17 décembre 1961, a travaillé en qualité de secrétaire de direction dans le domaine bancaire depuis la fin de ses études. Mariée à un ressortissant britannique, elle a été domiciliée en Grande-Bretagne entre 1990 et 1996, pays dans lequel elle a aussi travaillé. De retour en Suisse avec son époux, elle a été employée en tant qu'assistante de direction par la Banque ABN AMRO à Genève, du 1er juillet 1997 au 31 mai 1999.

2. En date du 4 août 2003, l'intéressée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après: OCAI) une demande de prestations, tendant à l'octroi de mesures de reclassement dans une nouvelle profession et d'une rente. A l'appui de sa demande, elle a fait valoir une incapacité de travail entière depuis le mois de mars 2000, en raison de maladie, son médecin traitant étant le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne.

3. Le même jour, l'OCAI a accusé réception de la demande. Il a aussi requis l'avis du médecin traitant. A cet effet, il a communiqué au Dr A_____, en l'invitant à la compléter, la formule E 213 intitulée "rapport médical détaillé", spécialement prévue par les accords bilatéraux entre la Suisse et l'Union européenne pour les demandes de prestations présentées par des personnes ayant exercé une activité professionnelle dans un pays membre de l'Union. La formule usuelle "Rapport médical - Adultes", accompagnée de l'annexe "Réinsertion professionnelle", lui a également été adressée.

4. Par jugement daté du 29 septembre 2003, le Tribunal de première instance de la République et canton de Genève a dissout par le divorce le mariage de l'intéressée.

5. Les rapports du médecin traitant ont été notifiés à l'OCAI le 24 novembre 2003. Il ressort du rapport médical détaillé (formule E 213 CH, ch. 7 et 8), que la patiente souffrait d'un trouble bipolaire, diagnostiqué en août 2000, suite à une dépression sévère. Elle souffrait aussi de migraines et d'une ancienne dépendance à la cocaine et à l'alcool. Le Dr A_____ a attesté d'une incapacité de travail entière dès le 26 août 2000 (formule "Rapport médical adultes"). Dans un courrier séparé, il a précisé que l'intéressée avait rencontré des difficultés affectives dès son enfance, en relation avec le divorce de ses parents. Elle avait aussi eu un parcours scolaire fragmenté dû à des changements de domicile fréquents entre l'Angleterre et la Suisse. La patiente avait d'ailleurs connu des périodes de dépendance à la cocaïne et à l'alcool. L'élément déclencheur de la dépression sévère apparue au mois d'août 2000 avait été la décision du mari de l'intéressée de se séparer, signifiée au moment où celui-ci avait retrouvé un travail après trois ans d'inactivité pendant lesquels il avait été entretenu par son épouse. Rétrospectivement, il était apparu que la patiente souffrait d'un trouble bipolaire.

6. En date du 19 février 2004, l'OCAI a sollicité l'avis du Service médical régional (ci-après: SMR) en vue de déterminer si l'intéressée pouvait reprendre son ancienne activité professionnelle. Le SMR a répondu, dans une note manuscrite du 24 février 2004, que la question devait être posée au médecin traitant.

7. Sollicité par l'OCAI par lettre du 10 mars 2004, le Dr A_____ a répondu, en date du 7 avril 2004, que l'intéressée était suivie par le Dr B_____, spécialiste FMH en psychiatre et psychothérapie, et que son état de santé s'était amélioré. S'agissant de la reprise éventuelle d'une activité lucrative, le médecin traitant a invité l'OCAI à s'adresser directement au psychiatre, tout en envisageant une éventuelle reprise à 50% dans un avenir relativement proche (trois à six mois).

8. En date du 18 mai 2004, l'OCAI a demandé au SMR un complément d'information, suite à la détermination du médecin traitant. Par note du 8 juin 2004, le SMR a répondu qu'il convenait d'envoyer un questionnaire médical au Dr B_____, en l'invitant à préciser si une reprise de travail, même à temps partiel, était possible.

9. Déférant à l'invitation de l'OCAI, le Dr B_____ a rendu son rapport daté du 17 juin 2004. Il a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 22 janvier 2004 et qu'une reprise de l'activité professionnelle était envisageable mais dans un délai indéterminé, la capacité de travail de l'intéressée étant nulle en l'état. S'agissant du diagnostic, le psychiatre a fait état d'une dysthymie, d'un trouble de l'adaptation avec humeur mixte dépressive et anxieuse et d'un trouble de la personnalité de type limité. Il s'agissait de troubles réactionnels à des événements de vie adverses.

10. Suite à ce complément d'information, l'OCAI a requis à nouveau l'avis du Dr C_____ du SMR, qui a répondu, dans une note du 29 juin 2004, que l'intéressée souffrait d'un état dépressif réactionnel et d'un trouble bipolaire et que, nonobstant les traitements médicamenteux, l'incapacité de travail demeurait totale, une réévaluation devant intervenir au printemps 2005.

11. Par courrier du 19 juillet 2004, l'OCAI a informé l'intéressée qu'une rente lui serait octroyée à partir du 1er août 2002, le montant de la rente devant être calculé par la caisse cantonale genevoise de compensation. Par motivation séparée, l'OCAI a précisé que l'incapacité de travail remontait au 26 août 2000 et que partant, le droit aux prestations débutait le 26 août 2001. Toutefois, la demande de rente était tardive, car déposée le 4 août 2003. En application de l'art. 48 al. 2 de la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI), le début du versement de la rente entière ne prenait effet qu'à partir du 1er août 2002, soit douze mois avant le dépôt de la demande.

12. Par décision du 26 juillet 2004, l'OCAI a notifié à l'assurée le rejet de la demande tendant à l'octroi de mesures professionnelles.

13. Par lettre signature du 4 août 2004, l'assurée a formé opposition contre la décision de l'OCAI de ne lui octroyer une rente entière qu'à partir du mois d'août 2002. Elle a fait valoir qu'elle était incapable de travailler depuis le mois d'août 2000, mais qu'elle n'avait pris conscience des causes de l'invalidité qu'au mois de juillet 2003, lorsque le Dr A_____ avait été en mesure de poser un diagnostic. Avant cette date, elle n'avait pas voulu admettre "l'état d'incapacité de travail" dans lequel elle se trouvait. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du mois d'août 2001.

14. En date du 7 septembre 2004, l'OCAI a notifié à l'assurée les décisions relatives au décompte des prestations, depuis le 1er août 2002. Il en ressort que l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente mensuelle entière de 1'181 fr., du 1er août au 31 décembre 2002, et de 1'210 fr. pour 2003 et pour 2004. S'agissant du versement rétroactif des rentes pour 2002 et 2003, l'OCAI a retenu que le montant total des prestations en faveur de l'assurée s'élevait à 20'459 fr. Dans la mesure où l'assurée avait bénéficiée de prestations de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après: OCE) à concurrence de 9'715.35 fr., et de la Caisse cantonale genevoise de chômage (ci-après: CCGC), à concurrence de 6'608.45, le solde en sa faveur pour les années 2002 et 2003 s'élevait à 4'135.20 fr.

15. Par l'intermédiaire de Me Laurent WINKELMANN, avocat à Genève, l'assurée a formé opposition contre les décisions du 7 septembre 2004. En développant les arguments évoqués dans l'opposition du 10 août 2004, elle a fait valoir qu'elle n'avait pris conscience des causes de sa maladie qu'en juin 2003. Elle se fondait sur un certificat médical adressé par le Dr A_____ à RENTENANSTALT SWISSLIFE le 11 février 2004. Le médecin traitant y exposait qu'il suivait la patiente depuis le mois d'août 2000 pour un état dépressif qui était à l'origine d'une incapacité de travail entière, ce dont il avait immédiatement informé la patiente. Il n'avait en revanche pu mettre le doigt sur le caractère cyclique de la maladie et poser le diagnostic de psychose maniaco-dépressive qu'au mois de juin 2003.

16. L'assurée a aussi contesté le calcul de l'OCAI relatif à la compensation des prestations. Les prestations de l'assurance-invalidité entre le 1er août 2002 et le 31 décembre 2002 n'auraient pas dû faire l'objet d'une compensation, dès lors que pendant cette période l'assurée n'avait touché aucune prestations de l'OCE et de la CCGC. Le solde en sa faveur, s'agissant de 2002 et 2003, n'était donc pas de 4'135.20 fr. mais de 5'905 fr.

17. Le 30 novembre 2003, l'OCAI a sollicité l'avis du SMR s'agissant des données médicales de l'opposition. Le Dr C_____ a répondu, dans une note du 6 décembre 2004, que l'assurée savait depuis le mois d'août 2000 que son état justifiait une incapacité de travail à 100%, comme son médecin traitant le lui avait indiqué. Le fait que ce dernier n'ait pu déterminer qu'ultérieurement les causes précises de l'affection n'était pas déterminant, dans la mesure où le diagnostic de

dépression posé initialement était déjà suffisant. Rien n'empêchait l'assurée d'entreprendre à temps les démarches nécessaires, dans la mesure où elle était d'ailleurs suivie par un médecin.

18. Dans le cadre de l'instruction de l'opposition, l'OCAI a sollicité la détermination de la Caisse cantonale genevoise de compensation concernant la question de la compensation rétroactive des prestations, et ce par lettre du 27 janvier 2005.

19. Par lettres des 14 mars et 11 avril 2005, le conseil de l'intéressée a relancé l'OCAI afin qu'il rende une décision sur opposition dans les meilleurs délais.

20. Dans sa détermination du 14 avril 2005. la Caisse de compensation FER CIAM 106.1 a indiqué que la compensation opérée par l'OCAI sur les prestations de l'assurance-invalidité du 1er août 2002 au 31 décembre 2003 n'avait pas désavantagé l'assurée dans la mesure où la somme de 1'803.80 fr. (compensée sur 2002) aurait très bien pu être compensée avec le rétroactif de la deuxième décision du 9 septembre 2004, vu qu'une partie de la somme demandée en compensation par l'OCE avait été versée en 2004. Partant, il n'y avait pas lieu de modifier les décisions, aucun montant n'étant dû à l'assurée. La Caisse a produit à cette occasion une copie du courrier du 26 août 2004 de l'OCE à l'assurée, dont il ressortait que cette dernière avait bénéficié d'indemnités journalières du 16 juillet 2003 au 31 juillet 2004, pour un montant total de 31'617.60 fr. L'OCE en avait demandé le remboursement à l'assurance-invalidité à concurrence de 9'715.35 fr, tout en renonçant à en réclamer le solde. La demande de compensation portait sur les prestations de l'assurance-invalidité d'août 2002 à août 2004.

21. Par décision du 25 août 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée. Il a considéré, s'agissant de la demande tardive, que l'assurée aurait pu présenter à temps une demande de prestations, dès lors qu'un diagnostic était déjà posé en août 2000, avec une incapacité de travail à 100%. Quant à la question de la compensation des prestations, l'OCAI a fait siens les arguments de l'OCE et retenu que l'assurée n'avait subi aucun préjudice du fait de la compensation opérée, dans la mesure où une partie de la somme demandée en compensation par l'OCE aurait pu être compensée avec les prestations de l'assurance-invalidité afférentes à 2004.

22. L'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre cette décision en date du 22 septembre 2005. Elle allègue, en substance, n'avoir eu connaissance de la gravité de son état de santé, et partant des faits ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité, qu'au moment où le Dr A_____ a pu poser le diagnostic de psychose maniaco-dépressive, soit au mois de juin 2003. Le régime dérogatoire prévu à l'art. 48 al. 2 deuxième phrase LAI lui était donc applicable. La recourante conclut à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi de la rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1er août 2001.

23. Invité à répondre, l'OCAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Conformément à la jurisprudence, les "faits ouvrant droit à des prestations" que l'assuré ne pouvait pas connaître, au sens de l'art. 48 al. 2 deuxième phrase LAI, sont ceux qui ne sont pas objectivement reconnaissables, et non ceux dont l'assuré n'a pas pu saisir la portée. Or, en l'espèce, du point de vue objectif, la recourante pouvait reconnaître, bien avant le mois de juin 2003, qu'elle souffrait d'une affection à l'origine d'une incapacité entière de travail, le médecin traitant ayant diagnostiqué une dépression et signifié une incapacité entière de travail dès le mois d'août 2000.

24. La détermination de l'OCAI a été communiquée à la recourante le 27 octobre 2005. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 (LPGA), du 6 octobre 2000, qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), du 19 juin 1959.

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

   Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

3. Les faits qui ont fondé l'octroi d'une rente entière d'invalidité ne sont pas litigieux. Il en va de même de la compensation des prestations opérée par l'OCAI, que la recourante ne consteste plus au stade du recours devant le Tribunal de céans. Le litige porte en l'espèce sur la question de savoir à partir de quelle date la rente entière d'invalidité doit être allouée à la recourante. Dans la décision querellée, l'OCAI a retenu que le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-

invalidité avait pris naissance au mois d'août 2001, mais que le versement de la rente ne pouvait être effectué qu'à partir du mois d'août 2002, compte tenu du dépôt tardif de la demande de prestations. L'OCAI a en substance considéré que la recourante n'avait pas été dans l'impossibilité objective de présenter sa demande avant le mois d'août 2003, si bien qu'en application de l'art. 48 al. 2 LAI le versement rétroactif de la prestation ne pouvait se faire que pour les douze mois précédent la dépôt de la demande. La recourante soutient quant à elle qu'elle n'a pas été en mesure de connaître avant le mois de juin 2003 les faits ouvrant droit aux prestations, dès lors que c'est seulement à cette date que l'existence d'un trouble bipolaire a été diagnostiquée.

4. La décision sur opposition litigieuse, rendue le 25 août 2005, et la décision refusant le paiement des prestations arriérées, du 7 septembre 2004, sont postérieures à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2003, de la LPGA. En vertu du principe général de droit transitoire, selon lequel - en cas de changement de loi - les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, il y a lieu d'examiner la question du début du droit au versement de la rente au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (l'incapacité de travail ayant débuté en août 2000) et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références). Il convient toutefois de préciser que l'art. 48 al. 2 LAI n'a pas subi de modification substantielle par l'entrée en vigueur de la LPGA. Les principes développés par la jurisprudence en matière de paiement de prestations arriérées conservent ainsi leur validité et peuvent être repris et appliqués (ATF 130 V 345, consid. 3.4; arrêt P. du 17 mai 2005, I 7/05; consid. 2; arrêt M. du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

5. a. En vertu de l'art. 48 al. 2 LAI, si l'assuré présente sa demande plus de douze mois après la naissance du droit, les prestations ne sont allouées que pour les douze mois précédant le dépôt de la demande. Elles sont allouées pour une période antérieure si l'assuré ne pouvait pas connaître les faits ouvrant droit à prestation et qu'il présente sa demande dans les douze mois dès le moment où il en a eu connaissance. Selon la jurisprudence, par « faits ouvrant droit à prestations», il faut entendre l'atteinte à la santé physique et mentale qui entraîne une incapacité de gain présumée permanente ou de longue durée ou qui gêne l'assuré dans l'accomplissement de ses travaux habituels s'il n'exerce pas d'activité lucrative. L'expression « connaître les faits ouvrant droit à prestations » ne signifie pas la faculté subjective de l'assuré de se faire une idée de son état. Selon le texte de l'art. 48 al. 2, seconde phrase, LAI, il s'agit au contraire de savoir si les faits ouvrant droit à prestations peuvent objectivement être constatés ou non (ATF 100 V 120 consid. 2c; RCC 1984 p. 420 s. consid. 1, 1975 p. 137 consid. 2c; ATFA non publié I 668-694/04, du 2 août 2005).

b. Les conditions ouvrant droit au versement de la rente pour une période antérieure aux douze mois précédant le dépôt de la demande sont également réalisées lorsque l'atteinte à la santé empêche l'assuré de connaître les faits ouvrant droit à prestations alors que les conditions d'un tel droit sont déjà réalisées (ATF 108 V 228 s. consid. 4). Une restitution du délai doit ainsi être accordée si l'assuré a été incapable d'agir pour cause de force majeure et qu'il présente une demande de prestations dans un délai raisonnable après la cessation de l'empêchement (ATF 108 V 228 ss consid. 4 et ATFA non publié I 337/02, du 17 octobre 2002, consid. 1). Mais encore faut-il, ici aussi, 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-invalidité s'il avait pu, et non d'une difficulté ou d'un motif subjectif, comme celui d'ignorer son propre droit ou de mal concevoir ses intérêts (ATFA non publié I 468/05 du 12 octobre 2005). La jurisprudence admet ainsi de manière restrictive la non reconnaissance par l'assuré de faits ouvrant le droit aux prestations (ATFA non publié I 61/01 du 13 mars 2003 consid. 6.2).

c. Est assimilé à un cas de force majeure, la présence d'une maladie psychique entraînant une incapacité de discernement (ATFA non publié I 71/00 du 29 mars 2001; ATFA non publié I 149/99 du 16 mars 2000), comme la schizophrénie (ATF 108 V 228 consid. 4; ATFA non publié I 705/02 du 17 novembre 2003).

d. En revanche, le TFA a retenu que l'assuré souffrant de troubles psychiques, qualifiés par les psychiatres de dépression majeure récurrente sévère, de dysthimie type primaire et de personnalité borderline, disposait d'une capacité de jugement adéquate quant à son état de santé et à ses conséquences sur sa capacité de gain, les médecins ayant nié l'existence de toute composante psychotique (ATFA non publié I 668-694/04 du 2 août 2005 consid. 6.2.3). De même, l'assuré souffrant d'un trouble bipolaire et de personnalité émotionnellement labile et borderline ne pouvait pas se prévaloir de l'art. 48 al. 2 seconde phrase LAI, le dossier médical ne permettant pas de douter de sa faculté de discernement (ATFA non publié I 264/00 du 22 mars 2001 consid. 2). Cette jurisprudence a été confirmée à l'égard d'un assuré souffrant de dépression, qui avait tardé à déposer une demande de prestations de l'assurance-invalidité car il ne réalisait pas la gravité de sa maladie (ATFA I 337/02 du 17 octobre 2002 consid. 2.3).

6. En l'espèce, il ressort des certificats établis par le médecin traitant à l'intention de l'OCAI, que la recourante souffre de troubles psychiques, qualifiés dans un premier temps de dépression puis de trouble bipolaire, depuis le mois d'août 2000 et qu'elle a été, depuis cette date, totalement incapable de travailler de manière permanente. Le Dr A_____ a précisé, dans un certificat médical adressé à RENTENANSTALT SWISSLIFE le 11 février 2004, avoir signifié à la patiente, dès le début du traitement, le 26 août 2000, qu'elle était incapable de travailler à 100%; ces considérations administratives n'étaient toutefois que de peu d'importance pour la patiente, face au problème affectif. Il ressort aussi du dossier

médical que la recourante alternait des courtes périodes d'euphorie, durant lesquelles elle était persuadée d'être guérie, à des longues périodes de dépression noire.

b. Dans ces circonstances, force est de constater que les faits ouvrant le droit aux prestations, à savoir l'existence d'une incapacité de travail à 100%, permanente, depuis le mois d'août 2000, étaient objectivement reconnaissables pour la recourante bien avant le mois d'août 2003. Peu importe à cet égard que le médecin traitant n'ait pu reconnaître le caractère cyclique des troubles qu'au mois de juin 2003 et qu'un traitement plus adapté n'ait pu être administré qu'à partir de cette date. Le diagnostic initial, de dépression, de même que l'incapacité de travail entière attestée dès le début du traitement, étaient de nature à ouvrir le droit aux prestations. Il convient d'ailleurs de relever que le diagnostic posé par le Dr B_____ au mois de juin 2004 fait état d'un trouble de l'adaptation avec humeur mixte, dépressive et anxieuse et d'un trouble de la personnalité de type limité et il s'interroge sur l'existence d'une éventuelle dysthymie, à savoir, selon la définition DSM-IV-TR, une humeur dépressive chronique qui survient plus d'un jour sur deux pendant au moins deux ans. Il convient ainsi de constater que s'agissant de troubles de nature psychique, il n'est pas essentiel, aux fins du dépôt de la demande d'invalidité, qu'un diagnostic définitif soit posé par les médecins, compte tenu notamment du caractère évolutif des troubles et des difficultés à poser des diagnostics exacts. Ce n'est pas quand et par qui le diagnostic exact a pu être posé qui est déterminant mais plutôt le fait de savoir si la recourante pouvait reconnaître, bien avant le mois d'août 2003, qu'elle souffrait d'une atteinte à la santé restreignant de manière durable sa capacité de travail. Au vu de ce qui vient d'être exposé, il y a lieu de conclure que cela était bien le cas.

c. Il y a lieu d'ajouter que le dossier ne contient aucun indice permettant de penser, contrairement à ce qui est soutenu dans le recours, que la recourante était privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de ses troubles psychiques (situation que la jurisprudence assimile à un cas de force majeure). Ceux diagnostiqués par le Dr A_____ (rapports des 10 octobre 2003, 14 novembre 2003 et 11 février 2004: dépression et trouble bipolaire) et par le Dr B_____ (rapports du 17 juin 2004: trouble de l'adaptation avec humeur mixte, trouble de la personnalité type limité) n'évoquent pas l'existence d'une maladie mentale propre à faire douter de la capacité de discernement de la recourante, dont l'existence est par ailleurs présumée (ATF 118 Ia 238). Le fait que la recourante n'ait pas voulu admettre la gravité de son état de santé et ses conséquences sur sa capacité de gain (*cf.* courrier de la recourante à l'OCAI du 4 août 2004) et qu'elle ait donc retardé le moment de s'annoncer à l'assurance-invalidité, n'est pas de nature à remettre en cause sa capacité de discernement (ATFA non publié I 264/00 du 22 mars 2001). Quant au fait que la recourante et son médecin traitant confient dans une amélioration à bref délai de l'état de santé, il n'est pas non plus pertinent (*cf.* ATFA non publié I 216/05

du 21 juillet 2005 consid. 3.2 et ATFA non publié I 61/01 du 13 mars 2003 consid. 6.2).

7. Il s'ensuit que la rente d'invalidité dévolue à la recourante ne peut lui être allouée pour une période antérieure aux douze mois qui précèdent le dépôt de sa demande de prestations. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière	La présidente
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste :

Verena PEDRAZZINI RIZZI

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