REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3710/2006 **ATAS/739/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 28 juin 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , CHATELAINE recourante

contre

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

Siégeant : Karine STECK, Présidente, Norbert HECK et Violaine LANDRY ORSAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1957, de nationalité portugaise, a travaillé comme secrétaire au Portugal, puis comme vendeuse de bijoux fantaisie en Suisse.

2. En incapacité de travail à 50% depuis le 14 octobre 1998, elle a déposé en date du 25 octobre 1999, une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI).

3. Le Dr A_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant, a diagnostiqué un status post opération d'un mélanome malin et un lymphœdème sévère réactionnel du membre inférieur gauche. Il a indiqué que la patiente ne pouvait plus dès lors rester debout de manière prolongée et qu'après avoir travaillé quatre heures par jour, il lui était nécessaire de se reposer le reste de la journée.

4. Par décision du 19 avril 2001, l'OCAI lui a octroyé une demi-rente d'invalidité.

5. Le 2 septembre 2002, le Dr A_____ a établi un bref certificat médical indiquant que l'assurée était dans l'incapacité d'exercer à 50% et qu'il lui paraissait justifié que son degré d'invalidité soit fixé à 100% (pce 17 OCAI).

6. Dans un rapport complémentaire du 18 septembre 2002, le Dr A_____ a confirmé que l'état de la patiente s'était aggravé. Il a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, d'ortochondromatose des genoux et de kyste poplipé depuis juillet 2001. Il a ajouté que la patiente souffrait toujours d'œdème au membre inférieur gauche (pce 25 OCAI).

7. Interrogé par l'OCAI, l'employeur de l'assurée a indiqué que cette dernière travaillait à temps partiel depuis le 1er février 2002.

8. Dans un courrier ultérieur, reçu par l'OCAI le 8 octobre 2003, l'employeur de l'assurée a précisé que cette dernière avait été dans l'incapacité totale de travailler du 1er au 29 janvier 2002, du 22 au 28 avril 2002 et enfin, du 28 août au 30 juin 2003, date à laquelle son contrat avait été résilié.

9. Dans un rapport daté du 16 juillet 2004, le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a confirmé le diagnostic de chondromatose des deux genoux depuis 2000 environ. Il a précisé qu'en 2000, l'assurée avait commencé à se plaindre de douleurs puis de tuméfaction, du genou gauche puis du genou droit également. Une ablation du kyste poplité a été pratiquée en octobre 2001, une "toilette articulaire" du genou droit en automne 2002. Malgré ces interventions, l'assurée a continué à se plaindre et une récidive est survenue en 2004. Le médecin a émis un pronostic réservé s'agissant des incapacités de travail, il a renvoyé l'OCAI au Dr A_____. Le médecin a encore indiqué que l'activité exercée jusqu'alors n'était plus exigible, qu'en revanche, une activité strictement sédentaire était

envisageable à raison de quatre heures par jour, sans réduction de rendement (pce 42 OCAI).

10. Entendue par un collaborateur de l'OCAI le 11 mai 2005, l'assurée a indiqué souffrir des jambes et du dos. Elle a en outre signalé une allergie au métal (nickel et cobalt; cf. certificat du Dr C_____, dermatologue, pce 57 OCAI). Sans formation professionnelle, elle a appris le métier de vendeuse "sur le tas". Elle a précisé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps. Selon ses dires, elle ne peut ni s'agenouiller, ni se baisser, ni conserver une position statique. Elle doit reposer ses jambes en position surélevée deux fois par jour à raison d'une demi-heure environ. Elle ne peut plus ni repasser, ni passer l'aspirateur, ni enlever la poussière.

11. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ a estimé, dans un rapport daté du 1er juin 2005, que sa patiente était dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative.

12. La division de réadaptation professionnelle de l'OCAI, après étude du dossier, a proposé un complément d'instruction auprès du rhumatologue (cf. rapport du 22 juin 2005, pce 64 OCAI).

13. Interrogé une nouvelle fois par l'OCAI, le Dr B_____ a indiqué, le 1er octobre 2005, que l'état de la patiente était stationnaire. Il a ajouté que cette dernière était limitée au niveau des deux genoux et dans l'incapacité de s'agenouiller. Il a jugé sa capacité de travail de 0% dans son ancienne activité de vendeuse, mais de 50% dans une activité strictement sédentaire. Il a précisé que ce n'était pas lui qui traitait les douleurs lombaires de l'assurée (pce 69 OCAI).

14. La division de réadaptation professionnelle a alors procédé à une comparaison entre le gain que l'assurée aurait pu réaliser à plein temps dans son ancienne activité (40'820.- par an en 1999 selon renseignements obtenus auprès de l'ancien employeur = 44'682.40 par an en 2004) à celui qu'elle pourrait obtenir dans une activité simple et répétitive (ESS 2004 TA1 : 3'893.- par mois en 2004 = 46'716.- par an en 2004 = 23'358.- à 50% en 2004) en appliquant une réduction supplémentaire de 10%, et a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 53% ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité.

15. Par décision du 17 mars 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), a refusé d'augmenter le taux de sa rente d'invalidité.

16. Le 28 mars 2006, par l'intermédiaire de son médecin traitant, le Dr A_____, l'assurée a formé opposition à cette décision. Le Dr A_____ a établi un rapport médical aux termes duquel il a rappelé que l'assurée souffre d'oedèmes chroniques, secondaires à une intervention chirurgicale pratiquée en 1985 pour un mélanome malin avec cure ganglionnaire inguinale gauche. Il a ajouté qu'elle souffre également d'un important problème de gonarthrose bilatérale avec

chondromatose synoviale qui rendent ses déplacements difficiles et qu'en raison de son incapacité à marcher correctement, il lui arrive fréquemment de chuter. Elle est au surplus atteinte de problèmes lombaires sous forme de discopathies étagées et d'arthrose qui la fait souffrir tant en position debout qu'en position assise. Selon le médecin, il est illusoire d'exiger de la patiente qu'elle travaille en position assise car celle-ci provoque de l'œdème dans son membre inférieur gauche et des douleurs difficilement supportables après quelques minutes, au niveau des genoux et du dos. Elle présente en outre de multiples problèmes ab-articulaire, notamment au niveau des épitrochlées et des épicondyles des deux coudes et de la coiffe des rotateurs de l'épaule ainsi qu'une aponévrosite plantaire gauche. Elle peut difficilement utiliser ses bras de manière prolongée. Enfin, son allergie aux métaux rend le maniement de plusieurs instruments, ou même le port de lunettes, problématique.

17. Le Dr D_____, du service médical régional AI (SMR), auquel le dossier de l'assurée a été soumis a estimé, dans un avis daté du 25 avril 2006, a préconisé une expertise auprès du Dr E_____, orthopédiste.

18. Ce dernier a rendu son rapport d'expertise en date du 28 juillet 2006, après avoir examiné l'assurée et étudié le dossier de la patiente.

    Le Dr E_____ a relevé que l'assurée ne se plaint plus de lymphœdème chronique car l'arrêt des activités professionnelles et son atteinte ortoarticulaire a eu pour conséquence qu'elle ne reste plus longtemps en position debout. Ses plaintes concernent désormais essentiellement ses genoux et, de manière un peu moins marquée, la colonne lombaire; les douleurs permettent une station debout immobile de l'ordre de vingt minutes, une position assise de vingt à trente minutes, la marche durant une dizaine de minutes; l'accroupissement est impossible; la patiente se plaint également de douleurs nocturnes.

    S'agissant des genoux, l'examen clinique a montré, en position debout, un morphotype en valgus avec une distance inter-malléolaire de 12 cm. La marche se fait avec une boiterie bilatérale. Aucun épanchement n'a été relevé. La mobilité à gauche en flexion-extension a été mesurée à 90/0/0 contre 110/0/0 à droite. Un faux battement externe très important a été relevé. Des douleurs périrotuliennes, un rabot rotulien et une rotule peu mobile ont été constatés. L'expert a également relevé une atrophie musculaire relativement importante.

    L'examen du rachis a montré une scoliose lombaire à convexité gauche et une discrète gibbosité. La distance doigts-sol est de 50 cm. Les inclinaisons droite-gauche et les rotations droite-gauche sont de l'ordre de 25° avec des douleurs en fin de mouvement. Le médecin n'a relevé aucun signe déficitaire mais une sensibilité et une motricité conservées à 5/5 sur tous les groupes musculaires.

L'examen des coudes a montré une mobilité complète. Une douleur à la palpation des deux épicondyles, une peu plus à droite qu'à gauche, a été relevée, augmentée lors du stretching en extension-supination.

Au niveau des épaules, la mobilité est conservée et symétrique. Il n'existe pas de signes au niveau de la coiffe des rotateurs mais en revanche des signes modérés de conflit sous-acrominial et un arc douloureux.

L'expert a posé les diagnostics suivants : lymphœdème chronique du membre inférieur gauche, status après excision d'un mélanome iliaque et curage ganglionnaire gauche présent depuis 1986, chondromatose bilatérale des genoux et évolution d'une arthrose bilatérale valgisante depuis 2000, lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathies étagées depuis 2002. L'expert y a ajouté les diagnostics d'allergies multiples présentes de longue date et d'épicondylite modérée latérale présente probablement depuis 2004 en précisant que ces deux derniers diagnostics étaient sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a expliqué que l'intervention subie en 1986 avait laissé des séquelles sous forme d'un lymphœdème chronique actuellement tout à fait stabilisé par le traitement médical mais également par l'absence d'activités de la patiente. S'y sont ajoutées depuis 2000 une chondromatose bilatérale des genoux et, surtout, une arthrose tricompartimentale valgisante qui, sur le dernier bilan radiologique, s'avère sévère. Cette situation est également aggravée par la présence des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathies étagées.

Selon l'expert, la concordance entre les plaintes subjectives et les constatations objectives s'avère tout à fait adéquate. Si la situation est stable du point de vue du lymphœdème, elle ne l'est absolument pas du point de vue des genoux avec une évolution assez nette de l'arthrose. Cette situation échappe à un traitement médical conservateur et la seule mesure raisonnable qui pourrait améliorer la condition médicale de l'assurée serait la mise en place d'une prothèse du genou et ce, des deux côtés. Le pronostic est donc mauvais concernant l'évolution spontanée. S'agissant de la colonne lombaire, l'amélioration de la fonction des genoux par arthroplastie pourrait certainement avoir un impact sur la symptomatologie. Si ces mesures peuvent certainement avoir un effet sur les conditions médicales, il n'est pas du tout sûr, selon l'expert, qu'elles puissent améliorer les capacités professionnelles de la patiente. En effet, il est fortement probable que, même après une intervention chirurgicale et même avec un recyclage professionnel, la patiente ne puisse pas exercer de nouvelle activité.

Au plan physique, l'expert a constaté que l'assuré rencontrait des limitations extrêmement importantes dues aux douleurs et à l'atteinte fonctionnelle tant au niveau des deux genoux qu'au niveau lombaire. Dans l'impossibilité de conserver

les positions assise ou debout ou encore de se déplacer, sa capacité résiduelle de travail, selon l'expert, est nulle et ce, quelle que soit l'activité envisagée.

Le Dr E_____ a conclu qu'il existait une incapacité de travail de 20% au moins depuis 1999 et que cette incapacité avait évolué de 50% à 100% aujourd'hui (pce 84 OCAI).

19. Dans un avis daté du 23 août 2006, le Dr D_____, du SMR, a constaté qu'il y avait eu aggravation progressive de l'état de santé de l'assurée, particulièrement au niveau des genoux, ce qui entraînait actuellement une incapacité totale de travail dans quelque activité que ce soit. Relevant que le Dr B_____ estimait encore possible une activité adaptée à 50% en juillet 2004 et septembre 2004, le Dr D_____ en a tiré la conclusion que la situation s'était donc aggravée dans l'intervalle au niveau des genoux et que c'est probablement au plus tôt à partir de janvier 2005 que l'incapacité de travail a été totale.

20. Par décision du 25 août 2006, l'OCAI a admis l'opposition du 28 mars 2006, annulé sa décision de refus d'augmentation de rente du 17 mars 2006 et mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2005. L'OCAI suivi l'avis du SMR et fixé la date de l'aggravation de l'état de santé de la recourante à janvier 2005, raison pour laquelle la rente n'a été augmentée qu'à compter du 1er avril 2005.

21. Le Dr A_____ a adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales un rapport médical daté du 19 septembre 2006, dans lequel il a fait valoir que sa patiente était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 2 septembre 2002 déjà. Estimant que le Dr B_____ ne s'était prononcé que dans le contexte de la gonarthrose des deux genoux pour évaluer la capacité de travail à 50% et qu'il n'avait, ce faisant, pas tenu compte des "autres problèmes" ni du manque de formation de la patiente, il a demandé qu'une rente entière d'invalidité soit octroyée à cette dernière avant le 1er avril 2005.

22. Interpellée par le Tribunal de céans, l'assurée a avalisé le recours déposé en son nom par son médecin traitant et, alléguant que son incapacité de travail était totale depuis le 2 septembre 2002 déjà, a conclu à ce qu'une rente entière lui soit octroyée à compter de cette date.

23. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 8 janvier 2007, a conclu au rejet du recours. Il fait remarquer que seule demeure litigieuse la question du début de l'aggravation de l'atteinte à la santé de la recourante. L'OCAI rappelle que dans le cadre de la première demande de rente, déposée le 29 octobre 1999, il a recueilli les rapports médicaux émis par son médecin traitant, le Dr A_____, lequel posait le diagnostic de status post-opération mélanome et de lymphoedème sévère résiduel du membre inférieur gauche. Après contact téléphonique avec le médecin traitant, le médecin-conseil du SMR avait conclu à une capacité de travail de 50% dans

toute activité, étant précisé que l'assurée travaillait en tant que vendeuse la MIGROS.

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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la procédure de révision a débuté en 2002, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition à la lumière de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En ce qui concerne 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).

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

4. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'actuellement, l'assurée est dans l'incapacité totale de travailler, et ce, quelle que soit l'activité envisagée, ce qui lui ouvre droit à une rente entière d'invalidité. Demeure en revanche litigieuse la question de savoir quand son état de santé s'est dégradé au point qu'elle ne puisse plus exercer la moindre activité lucrative et, partant, à partir de quand la demi-rente d'invalidité qui lui avait été octroyée doit faire place à une rente entière.

5. Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

6. Selon l'art. 41 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci.

   Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 109 V 265 consid. 4a ; 106 V 87 consid. 1a ; 105 V 30; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

   Le nouvel 17 al. 2 LPGA qui stipule que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sur la base de l'art. 41 LAI sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATFA du 30 avril 2004, en la cause I 626/03, consid. 3.5).

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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).

   Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au

demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

Il convient enfin de préciser que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

8. En l'occurrence, l'OCAI, avant de rendre sa décision le 19 avril 2001, avait interrogé le Dr A_____, médecin traitant de l'assurée, qui lui avait indiqué que la patiente souffrait d'un lymphœdème sévère réactionnel à l'intervention qu'elle avait subie au membre inférieur gauche et qu'elle ne pouvait dès lors plus rester debout de manière prolongée de sorte qu'elle ne pouvait plus travailler qu'à 50%. Depuis lors, il n'est pas contesté que l'état de l'assurée s'est aggravé dans la mesure où sont apparues une chondromatose bilatérale des genoux et une arthrose bilatérale valgisante, en 2000, ainsi que des lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs et discopathies étagées en 2002. Il apparaît que la chondromatose bilatérale des genoux n'a pas été invalidante dans un premier temps, il ressort des différents rapports médicaux que l'arthrose bilatérale valgisante a depuis lors évolué de manière importante. C'est en date du 2 septembre 2002 que le Dr A_____AT s'est adressé à l'OCAI pour lui signaler que l'état de santé de sa patiente s'était dégradé au point qu'il lui paraissait désormais justifié un degré d'invalidité de 100%. C'est à cette période que le Dr A_____ a invoqué pour la première fois les diagnostics de lombalgies chroniques, de chondromatose.

9. Force est de constater que l'expert n'a pas précisé à partir de quand l'état de santé de l'assurée s'était dégradé. Il s'est contenté à ce propos d'indiquer que sa capacité de travail avait évolué de 50% en 1999 à 0% aujourd'hui. Le Dr D_____, se basant sur le fait que le Dr B_____ avait encore estimé une activité possible à 50% en juillet 2004 en a tiré la conclusion que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée était postérieur au rapport du Dr B_____ et n'avait dû intervenir au plus tôt qu'à partir de janvier 2005.

10. Le Tribunal de céans ne partage pas cet avis. Certes, le Dr B_____, dans son rapport du 16 juillet 2004, a conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire. Cependant, ce médecin a précisé, dans son rapport du 1er octobre 2005, que ce n'était pas lui qui traitait les douleurs lombaires de l'assurée. Il faut donc en déduire que son estimation de la capacité n'a donc pris en compte que les atteintes aux genoux. Or, si le Dr E_____ a finalement conclu à une totale incapacité de travail, c'est non seulement en raison des limitations extrêmement

importantes dues aux douleurs au niveau des genoux mais également à celles senties au niveau lombaire. A cet égard, l'expert a retenu que l'assurée était dans l'impossibilité de conserver la position assise ou debout ou encore de se déplacer sur de longues distances. Eu égard à ces éléments et au fait que le Dr A_____ a attesté de la totale incapacité de travail de l'assurée depuis le mois de septembre 2002 déjà en invoquant non seulement la chondromatose des genoux mais également les lombalgies chroniques et un kyste poplipé, le Tribunal de céans est d'avis qu'il faut reconnaître à l'assurée sa totale incapacité de travail depuis le 2 septembre 2002, date à laquelle son médecin traitant a sollicité une révision de la part de l'intimé. Cette date est également corroborée par le fait que, selon les renseignements obtenus par l'OCAI auprès de l'employeur de l'assurée, cette dernière a été absente pour cause de maladie sans interruption depuis le 28 août 2002. En conséquence, en application de l'art. 88a al. 2 RAI, qui prévoit que si l'incapacité de gain d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable, il y a lieu de fixer au 1er décembre 2002 la date à partir de laquelle l'assurée doit se voir reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité.

11. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est partiellement admis en ce sens que la recourante se voit reconnaître un droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er décembre 2002 déjà.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er décembre 2002.

3. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.

4. 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
Janine BOFFI	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