

# **GE\_GERICHTE ATAS/1248/2008 vom 11. November 2008**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1248\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1248_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1248/2008 du 11 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1248/2008 del 11 novembre 2008

## **Erwägungen**

### **E. 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) 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.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Le présent recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que, sur révision, l'intimé a supprimé la rente entière d'invalidité de la recourante à compter du 1er novembre 2005.

Préalablement, vu les explications de l'intimé en cours de procédure, il y a lieu d'examiner s'il convient de reconsidérer la décision d'octroi de la rente entière du 15 octobre 1999.

### **E. 5**

Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 112 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA. Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou

l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (voir l'arrêt P. du 31 janvier 2003, déjà cité).

A/3227/2008 - 10/18 - Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a/cc). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée (ATF non publié du 25 avril 2007, I 823/05, consid. 3.2.1). En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATF non publié du 25 avril 2007, I 823/05, consid. 3.2.1 et les références).

## **E. 6**

En l'espèce, l'intimé soutient qu'il y a lieu de reconsidérer la décision initiale, dans la mesure où l'OCAI ignorait la capacité de travail qui pouvait être exigée de la recourante dans une activité adaptée et qu'aucun médecin de l'office ne s'était formellement prononcé sur ses limitations fonctionnelles. Le Tribunal de céans ne partage pas cet avis. En effet, dans le rapport médical du 16 mars 1999, sur lequel se fonde la décision de l'OCAI, la Dresse A\_\_\_\_\_ a indiqué, dans la rubrique "description d'une activité adaptée", qu'aucune activité n'était possible actuellement. Cela laisse entendre, sans équivoque, que la recourante présentait une incapacité totale de travail, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée. Le fait qu'un médecin de l'office n'ait pas procédé à un examen médical de la recourante et confirmé cette affirmation ne saurait justifier, à lui seul, une reconsidération de la décision. On rappellera, en effet, que la reconsidération n'entre en ligne de compte que lorsque la décision initiale apparaît sans nul doute erronée. Or, tel n'est pas le cas en l'occurrence, dans la mesure où la décision de l'OCAI se fonde sur un document médical pertinent, qu'aucun avis médical divergent n'a remis en cause. En outre, l'OCAI a confirmé cette décision, sur révision, en mars 2001. Par surabondance de moyens, on soulignera encore que les expertises menées dans le cadre de la présente révision ont confirmé la totale incapacité de travail de la recourante à l'époque où le droit à la rente lui a été reconnu. Partant, force est de constater que l'octroi d'une rente entière d'invalidité se justifiait et qu'il n'existe aucun motif de reconsidération.

## **E. 7**

Reste à examiner, à présent, si l'intimé était fondé à supprimer, sur révision, le droit à la rente d'invalidité de la recourante. Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision

A/3227/2008 - 11/18 - entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17

LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Pour savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. Le Tribunal doit ainsi s'instruire en prenant connaissance des diverses pièces médicales versées à la procédure devant lui par les parties, et juger du poids respectif de celles-ci. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). À l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente, sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises

A/3227/2008 - 12/18 - de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 et les références).

## **E. 8**

En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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

A/3227/2008 - 13/18 - 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère ici clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories

qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciante ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (voir à ce sujet MEINE, L'expert et l'expertise - critères de validité de l'expertise médicale, p. 1 ss., ainsi que PAYCHÈRE, Le juge et l'expert - plaidoyer pour une meilleure compréhension, page 133 ss., in : L'expertise médicale, éditions Médecine & Hygiène, 2002; également ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/3227/2008 - 14/18 -

## **E. 9**

Il convient en l'occurrence de comparer les faits tels qu'ils se présentaient en 2001, date à laquelle le droit à une rente d'invalidité a été revu et maintenu, avec ceux qui prévalaient en 2005, date à laquelle ce droit a été supprimé. A cet égard, on rappellera que la recourante était totalement incapable de travailler, dans toute activité, en 1999 (cf. supra pt. 6). Le droit à la rente a été maintenu, en 2001, à la suite d'une première procédure de révision, sur la base d'un nouveau rapport médical de la Dresse A\_\_\_\_\_ qui attestait d'une incapacité totale de travail, tout en faisant état d'une nette amélioration de l'état de santé de la recourante et d'un bon pronostic sur le long terme. Lors de la seconde procédure de révision, initiée en 2004, l'intimé a ordonné une expertise rhumatologique, puis, sur opposition, à une expertise gynécologique et une expertise en médecine interne. Il ressort de ces trois pièces médicales que la recourante présente, depuis novembre 2004, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et une capacité de travail de 70 % dans l'activité de lingère-repasseuse. C'est sur cette base que l'OCAI a procédé à la suppression de la rente d'invalidité de la recourante à compter du 1er novembre 2005. Cette dernière conteste toutefois la valeur probante de ces expertises, qu'elle juge trop succinctes et théoriques. S'agissant de l'expertise gynécologique de la Dresse K\_\_\_\_\_, qui tient sur 4 pages, elle est certes quelque peu succincte, mais elle n'en est pas moins basée sur un examen approfondi et détaillé de la recourante. Une anamnèse complète y est exposée, comprenant les antécédents familiaux, chirurgicaux et gynéco- obstétricaux de l'expertisée. Y figure également un résumé de sa situation actuelle. Dans le paragraphe qu'elle consacre à son anamnèse, la Dresse K\_\_\_\_\_ expose les plaintes de la recourante, qu'elle décrit comme des douleurs au niveau vaginal avec une dyspareunie profonde et une boule vaginale. Elle expose, ensuite, les constatations cliniques observées au niveau gynécologique, avant de poser des diagnostics précis et se prononcer sur leurs répercussions sur la capacité de travail. La recourante soutient que la Dresse K\_\_\_\_\_ aurait mis en évidence, à plusieurs reprises, l'aspect viscéral et digestif de son état de santé. Or, tel n'est pas ce qui ressort de la lecture de son expertise. On ne relève, en effet, qu'une seule phrase liée à ces deux aspects, soit celle précisément mis en exergue par la recourante, qui indique qu'à la suite d'une consultation, le Dr O\_\_\_\_\_ a constaté une fissure anale qu'il considère comme guérie et qu'il a prescrit du Bepantène solution pour traiter cette zone qui

reste fragile. On observera, en premier lieu, que la Dresse K \_\_\_\_\_ n'a fait que reprendre les conclusions du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en proctologie, sans émettre de jugement personnel sur le sujet. Cette indication s'inscrit, du reste, dans le cadre de l'anamnèse de la recourante, soit la partie de l'expertise consacrée à la synthèse des informations

A/3227/2008 - 15/18 - livrées à l'expert. Or, chacune de ces informations n'influence pas nécessairement l'appréciation faite par ce dernier, ce qui a précisément été le cas des conclusions du Dr O \_\_\_\_\_, qui n'apparaissent ni dans les observations relatives à l'examen clinique, ni dans les conclusions de l'expertise. La Dresse K \_\_\_\_\_ a, en effet, posé ses diagnostics et jugé de la capacité de travail de la recourante, se fondant exclusivement sur l'aspect gynécologique de sa santé. On ne saurait dès lors considérer, sur cette base, qu'elle aurait "mis en évidence" l'aspect viscéral et digestif de la santé de la recourante ou "débordé du mandat qui lui avait été confié", comme le soutient la recourante. Il n'existe dès lors aucun élément permettant de douter du bien-fondé de cette expertise. Pour ce qui concerne l'expertise en médecine interne du Dr N \_\_\_\_\_, sa lecture laisse apparaître qu'elle se fonde sur un examen approfondi de la recourante. L'expert expose une anamnèse complète, prenant en considération les pièces médicales figurant au dossier. Il fait état des plaintes de la recourante puis de son anamnèse systémique avant d'exposer son status clinique. Le fait qu'il n'ait fait aucune mention des rapports médicaux établis à la suite de ses hospitalisations et des certificats médicaux de son médecin traitant, comme le souligne la recourante, est sans pertinence, dans la mesure où les pièces médicales sur lesquelles il se fonde suffisent à rendre compte de l'ensemble des atteintes dont souffre la recourante et de leur évolution, ce qui est précisément le but de l'anamnèse. Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne peut considérer que le Dr N \_\_\_\_\_ ait centré son analyse sur l'appareil locomoteur de l'expertisée. La lecture de l'expertise laisse apparaître, en effet, que l'ensemble de ses troubles ont été pris en considération, tant dans l'anamnèse que dans le status clinique ou l'appréciation de son cas. Les diagnostics qu'il pose sont précis et l'expert explique quelles solutions il préconise pour pallier aux divers troubles dont souffre la recourante. Cette dernière remet toutefois en cause chacune de ces solutions, qu'elle considère comme inadaptées à sa situation. On relèvera, sur ce point, qu'elle fonde l'ensemble de son argumentation sur sa propre opinion, sans produire d'avis médical à l'appui. Elle relève, en outre, des éléments de fait dont l'expert avait pleinement connaissance au moment de l'expertise, tel que le régime alimentaire auquel elle est astreinte ou la cause de la présence de graisse dans ses selles. S'agissant de son hospitalisation subséquente, due à une récurrence des fissures anales, elle ne saurait remettre en cause les conclusions de l'expert. On constate, en effet, que la récurrence des fissures anales est fréquente chez la recourante et qu'elle avait déjà nécessité deux hospitalisations en 2007, soit avant l'expertise du Dr N \_\_\_\_\_. Il s'agit par conséquent d'un fait dont l'expert avait pleinement connaissance au jour de l'expertise et dont il a tenu compte dans ses conclusions. Il résulte de cette expertise une capacité de travail de 70 % dans l'activité de lingère-repasseuse et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Cela ressort, en effet, de l'appréciation du cas et c'est manifestement par erreur que l'expert mentionne, dans ses conclusions, une incapacité de 70 % dès novembre 2004. D'ailleurs, ses conclusions quant à la

A/3227/2008 - 16/18 - capacité de travail de la recourante rejoignent celles de l'expert rhumatologue et, dans une grande mesure, celle du médecin traitant, qui retenait une

capacité de travail de 50 % dans le courant 2004. Certes, celui-ci a fait état d'une péjoration de l'état de santé à fin 2005, cependant non retenue par l'expert. Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère qu'il convient d'accorder une pleine valeur probante à l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. Quant à l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ du SMR, elle repose, à l'instar des deux autres expertises examinées ici, sur une étude fouillée. L'examineur a exposé l'anamnèse familiale, actuelle générale, systémique et professionnelle avant d'exposer le status clinique de la recourante. Il a ensuite posé des diagnostics précis et procédé à l'appréciation du cas pour finalement se prononcer sur les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle. On constate ainsi que l'expertise remplit les réquisits jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est, du reste, pas contesté par la recourante.

#### **E. 10**

Au vu de ce qui précède, le Tribunal de céans considère qu'il convient de suivre les conclusions de ces trois experts, qui sont convergentes. Il ressort de la synthèse de leurs expertises que la recourante présente une capacité de travail de 70 % dans l'activité habituelle de lingère-repasseuse et de 100 % dans une activité adaptée dès novembre 2004. Dans de telles circonstances, le droit à une rente d'invalidité ne peut être maintenu. En effet, selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé, sur la base du salaire statistique, et moyennant une déduction globale maximum de 25 % (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine, quant à lui, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi

A/3227/2008 - 17/18 - concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. En l'occurrence, le calcul effectué par l'OCAI, au demeurant non contesté, se réfère à juste titre au dernier salaire réalisé par la recourante, réactualisé en 2004, comparé aux salaires statistiques de la même année, il laisse apparaître un très faible degré d'invalidité, soit 1,2 %. C'est ainsi à juste titre que l'OCAI a supprimé le droit à la rente, à compter du 1er novembre 2005 (art. 88bis, al. 2, let. a RAI). Mal fondé, le recours doit être rejeté.

#### **E. 11**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité, entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), a apporté des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). Le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Vu l'issue du litige, un émolument de 200 fr. sera mis à charge de la recourante.

A/3227/2008 - 18/18 -

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