

# **GE\_GERICHTE ATAS/1357/2008 vom 26. November 2008**

GE Cour de justice, 2008-11-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1357\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1357_2008)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1357/2008 du 26 novembre 2008

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1357/2008 del 26 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 loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). En l'occurrence, dès lors que les faits déterminants se sont produits après le 1er janvier 2003, tant les règles matérielles que de procédure de la LPGA s'appliquent.

### **E. 3**

Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852) sont applicables (ATF 127 V 467 consid. 1).

### **E. 4**

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte 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'assurance-invalidité 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). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau

A/3207/2007 - 12/20 - droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

### **E. 5**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et ss LPGa).

#### **E. 6**

Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante et en particulier sur sa réduction qui a conduit à la suppression de sa rente à partir du mois de mai 2004.

#### **E. 7**

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGa. Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

#### **E. 8**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGa et 4 al. 1 LAI). 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 la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGa). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

#### **E. 9**

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

A/3207/2007 - 13/20 - l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

#### **E. 10**

a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs pour autant que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

#### **E. 11**

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer

A/3207/2007 - 14/20 - des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

#### **E. 12**

Dans sa décision sur opposition litigieuse, l'intimé a retenu que les atteintes à la santé dont souffre la recourante lui permettent d'exercer une activité adaptée à plein temps. Il se fonde pour cela sur les conclusions du rapport du Dr O \_\_\_\_\_. Pour sa part, la recourante soutient que ses atteintes à la santé provoquent une incapacité de travail totale dans toute activité. La thèse de la recourante repose sur les rapports des Drs L \_\_\_\_\_, R \_\_\_\_\_, Q \_\_\_\_\_, S \_\_\_\_\_, V \_\_\_\_\_, U \_\_\_\_\_ et de Mme B \_\_\_\_\_. Le Tribunal de céans relève d'ores et déjà que les diagnostics posés par les médecins sont concordants, de même que les limitations fonctionnelles dues aux atteintes somatiques dont souffre la recourante. Il n'est par ailleurs pas contesté qu'au plan psychique,

la recourante ne souffre d'aucun trouble. En raison des limitations fonctionnelles, tous les médecins s'accordent à dire que la recourante ne peut plus exercer son activité de femme de chambre. En revanche, s'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, les appréciations divergent. Dans son rapport du 16 novembre 2006, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a conclu qu'en raison d'une coxodynie bilatérale dans le cadre d'une dysplasie modérée de la hanche droite et une discrète coxarthrose gauche avec status satisfaisant après ostéotomie-péri-acétabulaire gauche, la recourante présente des limitations fonctionnelles. Il a également diagnostiqué des atteintes à la santé qui n'ont pas de répercussion sur sa capacité de travail, à savoir un syndrome douloureux de tout l'hémicorps gauche sans substrat organique et des rachialgies dans le cadre de très discrets troubles dégénératifs du rachis. Compte tenu des problèmes somatiques objectifs, l'activité de femme de chambre n'est plus exigible. En revanche, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail est entière, sans diminution de rendement, mis à part pendant les six mois qui ont suivi l'opération. Le rapport d'examen a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier radiologique de la recourante. Il prend en considération les plaintes exprimées par cette dernière et tient compte de l'avis du Dr L \_\_\_\_\_. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. L'examineur s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail exigible et sur les limitations fonctionnelles, enfin, il a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Aussi, doit-on admettre que le rapport d'examen répond aux critères posés par la jurisprudence relative à la valeur probante des avis médicaux.

A/3207/2007 - 15/20 - Il reste à examiner s'il existe un indice concret permettant de mettre en cause le bien-fondé de ses conclusions.

### **E. 13**

a) La recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas pris en considération l'appréciation du Dr L \_\_\_\_\_, lequel aurait attesté à plusieurs reprises de son incapacité à exercer une activité adaptée. Le Tribunal de céans constate que ce médecin n'est cependant pas aussi catégorique que semble le croire la recourante: dans son rapport du 11 février 2004, il a considéré que la capacité de travail résiduelle était entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Invité par deux fois à se déterminer à nouveau sur la capacité résiduelle de sa patiente, il ne s'est plus prononcé sur ce point, tout en évoquant néanmoins la possibilité d'un reclassement professionnel (rapport du 17 février 2005) et la nécessité d'un examen complémentaire pour évaluer ladite capacité (rapport du 11 avril 2005). Enfin, dans son rapport du 21 juin 2006, le Dr L \_\_\_\_\_ a certes expliqué que la capacité résiduelle de sa patiente n'avait jamais été entière et qu'il avait considéré qu'un reclassement était envisageable lorsqu'il avait constaté, pendant une période limitée, une amélioration des plaintes. Cette appréciation ne convainc cependant pas, dès lors qu'elle n'est étayée par aucune constatation clinique objective et qu'elle se fonde uniquement sur les plaintes subjectives de la recourante. b) On ne saurait pas non plus donner une importance décisive aux rapports établis les 26 mars et 26 mai 2008 par le médecin traitant de la recourante, le Dr S \_\_\_\_\_. En effet, ce dernier se contente d'attester que la reprise d'une activité est à exclure, sans plus ample motivation, ni description d'empêchements quelconques, si ce n'est la présence de douleurs. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante), les simples

plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). c) Par ailleurs, les rapports établis par les Drs R\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_ et par Mme B\_\_\_\_\_, ne sont d'aucun secours pour la recourante, dès lors que ces médecins et cette physiothérapeute n'ont pas émis d'avis sur la question - déterminante en l'espèce - de la capacité résiduelle de travail de la recourante. Le Tribunal de céans constate ainsi qu'aucun des rapports versés au dossier n'apporte d'élément qui justifierait de s'écarter des conclusions bien motivées du Dr O\_\_\_\_\_, voire simplement qui fassent apparaître la nécessité d'une instruction complémentaire. Ses conclusions concordent d'ailleurs avec l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a également estimé que la recourante pouvait, dès février 2004, exercer une activité

A/3207/2007 - 16/20 - adaptée à plein temps, sans diminution de rendement (rapport du 6 avril 2004). Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves, comme le requiert la recourante (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il s'ensuit que la recourante a bénéficié d'une amélioration importante de sa capacité résiduelle de travail, dès lors que celle-ci s'élève, depuis février 2004, à 100% dans une activité adaptée alors qu'elle était nulle depuis janvier 2003.

#### **E. 14**

Il convient encore d'examiner l'incidence de ce changement sur le taux d'invalidité présenté par la recourante, étant précisé que le calcul doit se faire au regard de la situation prévalant en 2004, soit l'année où l'amélioration de la capacité de travail de la recourante a été constatée (art. 88a al. 1 RAI; ATF 129 V 222). Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 (art. 16 LPGA). L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). 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 LPGA; depuis le

1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa).

A/3207/2007 - 17/20 - Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine 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 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.

#### **E. 15**

a) S'agissant du revenu de valide de la recourante, il s'élève à 43'290 fr. par an en 2004 (3'330 fr. x 13), selon les renseignements communiqués par l'employeur, montant que la recourante ne conteste pas. b) La recourante n'exerce plus d'activité lucrative. Il convient en conséquence pour déterminer le revenu d'invalidé de se fonder sur les données statistiques, soit sur le revenu auquel peuvent prétendre les femmes dans des activités simples et répétitives en 2004. Ainsi, compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer la recourante dans une activité légère et adaptée de type industriel ou des services, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit 3'893 fr. par mois en 2004, ou 46'716 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; La vie économique, 1/2-2006, B9.2), ce montant doit être porté à 48'584 fr. (46'716 x 41,6 : 40). A ce montant, il convient encore, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique. Compte tenu de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, le Tribunal de céans n'a aucune raison de s'écarter du taux de réduction de 10% pris en compte par l'intimé. En effet, seuls les critères de limitation liés au handicap et de l'activité légère seule

A/3207/2007 - 18/20 - possible sont remplis dans le cas particulier. Compte tenu de l'abattement de 10%, le revenu d'invalidé sur la base statistique s'élève à 43'726 fr. (48'584 - 4858). Ce montant étant supérieur au revenu sans invalidité, il en résulte que la recourante ne subit aucune perte de gain en raison de ses atteintes à la santé, de sorte qu'une rente d'invalidé ou des mesures professionnelles ne peuvent être octroyées. Il sied de relever que même si l'intimé avait admis une réduction maximale de 25% lors du calcul du revenu brut annuel avec invalidité, soit un montant de 36'438 fr. (48'584 - 12'146), le degré d'invalidité obtenu, soit 16%, n'aurait donné droit ni à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel, étant rappelé que le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110

consid. 2b et les références).

#### **E. 16**

Enfin, la recourante fait grief à l'intimé de n'avoir fait aucune proposition quant aux activités adaptées qu'elle pourrait exercer. L'administration doit en principe examiner quelles possibilités de réadaptation concrètes existent pour l'assuré, compte de l'ensemble des circonstances, en particulier de ses caractéristiques physiques et psychiques ainsi que de sa situation professionnelle et sociale, considérées de manière objective (ATF 113 V 28 consid. 4a, 109 V 28; Maeschi, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG] vom 19. Juni 1992, no 38 ssp. 320). Cela étant, lorsqu'il est clair d'emblée que l'exercice d'activités relativement variées est encore exigible de l'intéressé, un renvoi général à un marché du travail équilibré, structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifié, est suffisant (VSI 1998 p. 296 consid. 3b; arrêt M. du 22 septembre 2006, I 636/06, consid. 3.2). C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a tenu compte d'un gain déterminant (valeur standardisée), toute activité confondue dans le secteur privé (TA1) pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4) exercés par une femme, dès lors que les limitations fonctionnelles attestées médicalement permettent à l'intéressée d'exercer de nombreuses activités issues de divers secteurs de l'économie et notamment ceux de la production et des services.

#### **E. 17**

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). En revanche, l'article 88bis al. 2 let. a RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on n'est pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (VSI 2001 p. 158 consid. 3c; RCC 1983 p. 489 consid. 2b; ATF 106 V 16). Selon l'art. 88a al. 1 RAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité

A/3207/2007 - 19/20 - s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En l'occurrence, le changement déterminant quant à la capacité de gain de la recourante a débuté en février 2004 et n'a pas subi d'interruption notable. Au vu des pièces du dossier, il n'apparaît en outre pas qu'une complication soit apparue par la suite. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a supprimé la rente entière dès le 1er mai 2004.

#### **E. 18**

La décision querellée n'est ainsi pas critiquable dans son résultat et le recours se révèle manifestement mal fondé.

#### **E. 19**

La recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de 200 fr., conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI.

A/3207/2007 - 20/20 -

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