

GE_GERICHTE ATAS/890/2009 vom 8. Juli 2009

GE Cour de justice, 2009-07-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_890_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/890/2009 du 8 juillet 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/890/2009 del 8 luglio 2009

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).

A/1352/2008 - 9/18 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Le présent litige est donc soumis à la LPGA, la procédure de révision ayant été initiée en février 2005. Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

E. 3

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

E. 4

Le litige porte sur la question de savoir si la suppression de la rente d'invalidité par voie de révision du 5 mars 2008 est fondée. L'OCAI considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré de façon à modifier son droit à la rente, la recourante allègue, au minimum, une stagnation de son état.

E. 5

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 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations

A/1352/2008 - 10/18 - périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision 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 nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5, 130 V 343 consid. 3.5.2).

E. 6

Pour savoir si l'état de santé de la recourante 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. En l'espèce, il va falloir analyser si l'état de santé a évolué entre le 17 décembre 2001, date de l'octroi de la rente entière et le 5 mars 2008, date de la suppression de la dite rente. Pour rendre sa décision du 17 décembre 2001, l'OCAI s'était fondé sur les rapports médicaux des Dr A_____ et B_____ des 27 juillet et 8 octobre 2001, qui concluaient à une incapacité de travail totale de toute activité, en raison d'un trouble psychiatrique sévère. Pour la deuxième décision, l'OCAI s'est basé sur l'expertise du 4 janvier 2007. 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 que 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

A/1352/2008 - 11/18 - 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa). De même, 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). En ce qui concerne les 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

E. 7

a) En l'espèce, l'expertise psychiatrique du 4 janvier 2007 est extrêmement complète. Elle prend en compte tous les aspects de la personnalité de la recourante, de ses pensées à ses actes au quotidien. Les plaintes de cette dernière ont aussi été prises en compte. Le rapport comprend un historique médical de la recourante qui montre que la dernière hospitalisation remonte à 2001. Les éléments de l'anamnèse sont détaillés. La recourante a plusieurs loisirs dont le crochet, le jardinage ou encore les films à la télévision. Ses relations avec son mari et ses enfants se passent très bien Elle se rend plusieurs fois par année au Portugal où elle possède une maison. La recourante se plaint parfois d'avoir des idées noires, en particulier depuis le décès, en 2002, de sa mère, qui l'a beaucoup affectée. Le status clinique

A/1352/2008 - 12/18 - décrit la recourante comme une femme volubile qui n'a pas de difficulté à communiquer, mais avec des passages de pleurs quand elle évoque par exemple le décès de sa mère. L'expertise met en avant que depuis 2001, la recourante n'a plus été hospitalisée, que depuis au moins 2003 le trouble psychique s'est amélioré, et que dès 2006, le trouble récurrent peut être considéré en rémission. Depuis 2002, le recourante décide elle-même du dosage de ses antidépresseurs, ne respectant pas les prescriptions du Dr B_____. Le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, est un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission F33.4, présent depuis environ septembre

2000 et sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux somatoforme persistant F 45.4, présent depuis 2001, ainsi qu'une personnalité histrionique F 60.4, présent depuis que la recourante est une jeune adulte. La Dresse C _____ a conclu à une incapacité de travail de 70% de septembre 2000 à fin 2002, de 50% entre 2003 et fin 2005 et de tout au plus 25% depuis 2006. Certes, le Dr B _____, dans son courrier du 23 octobre 2008, indique qu'il est difficile de conclure à une guérison complète de la recourante, car il ne faut pas confondre un trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1). Cela ne remet toutefois pas en cause les conclusions de l'expert. Il est probable que l'état de santé de la recourante fluctue, notamment en raison de la mauvaise compliance de celle-ci. Il n'est donc pas possible de donner une valeur probante à ce courrier. La recourante produit deux résumés d'intervention du CTB. Il est aussi impossible de donner une pleine valeur probante à ces documents, car ils se fondent sur un épisode précis de la maladie de la recourante et non pas sur la totalité de sa dépression. Pour être le plus précis possible, il convient de prendre la maladie dans son ensemble pour voir, entre autres, son évolution et ses chances de guérison. La pose d'un diagnostic ponctuellement ne permet pas de tirer des conclusions autres que ponctuelles, or on l'a vu, l'état de santé de la recourante est susceptible de fluctuations. b) L'expertise met aussi en évidence que depuis début 2002, la recourante n'a plus été hospitalisée ainsi qu'une mauvaise compliance de sa part, car elle gère elle-même ses dosages d'antidépresseur. La recourante diminue ou cesse de prendre ses médicaments et les reprend lorsqu'elle constate que sa thymie s'altère. Cette mauvaise compliance explique, tout d'abord, en grande partie pourquoi la recourante a dû être hospitalisée le 28 août 2007, trois semaines après la notification du projet de décision de suppression de la rente. En effet, en réduisant ou en supprimant la prise d'antidépresseurs, la recourante est plus sensible, voire "vulnérable" aux mauvaises nouvelles. Pour le surplus, les conclusions de la Dresse

A/1352/2008 - 13/18 - C _____ sont claires et bien motivées. La valeur probante de cette expertise est donc bien confirmée. D'ailleurs, le Dr D _____ relève, dans son avis médical du 24 juin 2008 se basant sur l'expertise médicale, que la recourante est fragile psychologiquement et qu'elle réagit en cas de difficultés par un trouble dépressif qui peut être sévère. Le dernier épisode dépressif est manifestement en relation avec le projet de suppression de rente, ce qui entraîne une perte financière et du statut d'invalidé, statut qui peut avoir un rôle particulier et "utile" au sein de la famille où il semble exister certaines difficultés (la recourante a "le sentiment d'être parfois incomprise dans sa famille"). Selon lui, s'il n'y avait pas eu la suppression de la rente, il est fort probable que le dernier épisode dépressif ne se serait pas produit et le trouble dépressif serait resté en rémission. Les HUG confirment, dans un résumé d'intervention CTB, aussi l'amélioration de la thymie de la recourante. L'évolution de sa santé est globalement favorable, même si partielle et très progressive. Tous ces éléments renforcent la valeur probante de l'expertise médicale du 4 janvier 2007. c) Par conséquent, il convient d'admettre qu'il y a bien une amélioration de l'état de santé de la recourante car elle est passée d'un trouble dépressif sévère durable à un trouble dépressif récurrent en rémission. En suivant son traitement, sur la durée, la recourante subit une incapacité de travail de 25%, tout au plus, depuis début 2006.

E. 8

Selon l'expertise, la recourante souffre également d'un syndrome somatoforme douloureux persistant, dont il convient d'examiner s'il est invalidant. Selon la jurisprudence, les atteintes

à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou

A/1352/2008 - 14/18 - leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49).

a) Le trouble somatoforme douloureux a été diagnostiqué par une experte psychiatre, la Dresse C _____ qui s'est appuyée sur la classification internationale des troubles

mentaux et des troubles du comportement (ci-après CIM-10). Les médecins traitants avaient, quant à eux, diagnostiqué une fibromyalgie.

A/1352/2008 - 15/18 - Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. b) Au sujet du critère de la comorbidité psychiatrique (qui se place au premier plan pour déterminer si l'assuré dispose ou non des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs), un diagnostic de trouble dépressif récurrent en rémission (F33.4) ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante. En effet, les états dépressifs constituent généralement des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 in fine), sauf à présenter les caractères de sévérité susceptibles de les distinguer sans conteste d'un tel trouble (arrêt D. du 20 avril 2006, I 805/04, consid. 5.2.1). Le TFA a également considéré qu'une personnalité à traits histrioniques ne constituait pas non plus, à côté du trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1) une comorbidité psychiatrique autonome du trouble fibromyalgique (ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). c) En l'occurrence, la recourante n'a pas d'affections corporelles chroniques. Certes un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, la fibromyalgie existe mais, comme on l'a vu, cette maladie est comparable au trouble somatoforme douloureux. d) S'agissant de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, elle n'est pas réalisée dès lors que la recourante voit fréquemment et maintient des contacts sociaux avec sa famille au Portugal (ATFA du 22 février 2006, cause I 506/04), qu'elle bénéficie d'une bonne entente familiale, reçoit des amis (ATFA du 4 février 2006, cause I 580/04), qu'elle a, certes, une vie retirée, passant beaucoup de temps à la maison mais a gardé un certain réseau d'amis qui viennent la voir (ATFA du 29 novembre 2005, cause I 665/04), qu'elle se dit bien entourée sur le plan familial (ATFA du 16 août 2005, cause I 539/04). e) Il n'y a pas, davantage, d'état psychique cristallisé, comme cela ressort de l'expertise, ni d'échec du traitement. La recourante est traitée avec du Venlafaxine,

A/1352/2008 - 16/18 - un antidépresseur. Ce dernier a un bon effet sur sa thymie mais le manque de compliance de cette dernière a, entre autres, provoqué une rechute de son état dépressif. Les conditions de la jurisprudence ne sont donc pas remplies, en l'espèce, et les troubles somatoformes dont la recourante souffre ne sont pas invalidants au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGa.

E. 9

Pour évaluer l'invalidité de la recourante, l'intimé a retenu, à tort, le statut mixte. La réponse à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à

la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396). Or, il résulte des pièces du dossier ainsi que de l'instruction complémentaire effectuée par le Tribunal de céans, que la recourante exerçait une activité professionnelle à 100% avant son atteinte à la santé et qu'elle aurait continué à exercer à plein temps, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Par conséquent, il y a lieu d'admettre, avec l'intimé, que la recourante, en bonne santé, travaillerait à plein temps, de sorte que c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28 LAI et 16 LPGA) qui s'applique, compte tenu d'une capacité de travail de 75% au moins, dans tous les domaines d'activité. Dans son courrier de juin 2009, l'intimé s'est référé à juste titre, pour déterminer le revenu avec invalidité, aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), étant donné que la recourante a cessé son activité lucrative définitivement en 2001. Il convient cependant de se reporter à l'année 2006, année depuis laquelle la recourante a recouvré une capacité de travail de 75%. Le salaire mensuel que peuvent réaliser les femmes exerçant des activités simples et répétitives s'élève à 4'019 fr. pour 40 heures de travail par semaine (cf. ESS 2006, tableau TA1, niveau d'activité 4). Etant donné que la durée normale hebdomadaire de travail dans les entreprises est de 41,7 heures en 2006 (La Vie économique 1/2-2009, tableau B9 p. 98), le salaire mensuel s'élève à 4'189 fr. 80 ou à 50'277 fr. 70. par an. La diminution de rendement constatée étant de 25%, le revenu d'invalidité s'établit à 37'708 fr. 30. Conformément à la jurisprudence, il convient d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). Dans le cas d'espèce, le Tribunal de céans relève qu'une activité à 75% est possible, sans diminution de rendement, ce qui est de nature à influencer les conditions salariales auprès d'un nouvel employeur. Par conséquent, il se justifie d'appliquer une réduction globale de 10%. Le revenu d'invalidité s'élève par conséquent à 33'937 fr. 50.

A/1352/2008 - 17/18 - Quant au revenu sans invalidité, il était de 49'456 fr. en 2000 (3'805 fois 13). Ce revenu, actualisé à 2006, s'élève à 53'925 fr. 35. Comparé au revenu avec invalidité, il en résulte un degré d'invalidité de 37,05%. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'OCAI a supprimé la rente de la recourante, dès lors qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% ne permet plus le maintien de la rente. En revanche, un degré d'invalidité de 37,05% ouvre droit à des mesures de réadaptation au sens de l'art. 8 LAI. Il appartiendra à l'intimé d'examiner quelles mesures de réadaptation entrent en ligne de compte et de rendre un décision dûment motivée à cet égard.

E. 10

La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, fixée en l'occurrence à 1'500 fr.

E. 11

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), 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'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). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c

des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument, fixé, en l'espèce, à 500 fr.

A/1352/2008 - 18/18 -

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