

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1168/2006

ATAS/667/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 13 juillet 2006**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE, rue de  
Lyon 97, case postale 425, 1211 GENEVE 13

intimé

**Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,  
Mesdames Juliana BALDE et Valérie MONTANI, Juges**

---

### EN FAIT

1. Madame B \_\_\_\_\_, née le 4 juin 1961, est au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité depuis le 2 janvier 1981. L'assurée s'est d'abord vu octroyer une rente entière, remplacée par une demi-rente, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1984, puis à nouveau une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1993.
2. Par décision du 13 janvier 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), après avoir découvert que l'assurée avait repris son activité habituelle de comptable à 60% au mois de février 2000, puis à 100% depuis janvier 2003, a supprimé la rente avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> février 2000, soit à partir du mois au cours duquel l'assurée avait repris une activité salariée. Il a été annoncé à l'assurée qu'une décision de restitution des prestations indûment touchées lui parviendrait ultérieurement.
3. Par décision du 26 janvier 2006, l'OCAI a demandé à l'assurée la restitution des montants qui lui avaient été indûment versés durant les cinq dernières années, soit 128'030 fr. au total (24 x 2'060.- du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 décembre 2002 + 24 x 2'110.- du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2004 + 13 x 2'150.- du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 janvier 2006).
4. Par courrier du 12 février 2006, l'assurée a formé opposition à ces deux décisions. Elle a admis avoir effectivement tenté de reprendre une activité professionnelle à 60% en février 2000 mais a assuré l'avoir interrompue en juillet de la même année en raison de son état physique qui ne lui permettait pas de continuer. Elle a allégué avoir plongé, depuis novembre 2000, date du décès de sa tante, dans un état dépressif. Elle a expliqué que c'est pour renouer des contacts et améliorer son état qu'en mars 2001, lorsque la société pour laquelle elle avait travaillé l'a sollicitée, elle a accepté de reprendre le travail. Elle a cependant soutenu que ce n'est qu'avec beaucoup de difficultés qu'elle a continué à travailler jusqu'à la fin du mois d'août 2005 et que depuis lors elle n'a plus d'activité professionnelle; en outre, elle a été hospitalisée cinq semaines en avril 2003.
5. Par décision du 1<sup>er</sup> mars 2006, l'OCAI a admis partiellement l'opposition : il a modifié sa décision du 13 janvier 2006 en ce sens qu'il n'a fait remonter l'effet rétroactif de la suppression de la rente qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2003 (au lieu du 1<sup>er</sup> février 2000). L'OCAI a relevé que, selon les pièces recueillies durant la procédure de révision, il avait été démontré que l'assurée avait travaillé durablement de février 2000 à août 2005, dans un premier temps à 60% puis, dès janvier 2004, à 100%, et que son gain annuel avait augmenté (28'107 fr. en 2000, 30'775 fr. en 2001, 55'378 fr. en 2002, 70'155 fr. en 2003 et 66'950 fr. en 2004). L'OCAI en a tiré la conclusion qu'il avait été établi avec un degré de vraisemblance prépondérante que la capacité de gain de l'assurée s'était progressivement améliorée depuis février

2000 et qu'elle était probablement rétablie depuis janvier 2003, date à laquelle il a estimé qu'il était établi avec certitude que l'assurée n'avait plus droit à une rente.

6. Par décision sur opposition du 14 mars 2006, l'OCAI a en outre fixé le montant à restituer à 78'590 fr. (24 x 2'110.- du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2004 + 13 x 2'150.- du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 janvier 2006).
7. Par courrier du 2 avril 2006, l'assurée a interjeté recours contre ces décisions. Elle admet avoir repris une activité professionnelle afin d'améliorer son moral mais soutient que son état de santé s'est ensuite détérioré de plus en plus, si bien qu'il a finalement été convenu qu'elle quitterait son employeur à la fin du mois de février 2005; ce n'est qu'en raison des problèmes de santé rencontrés par son employeur que cette échéance avait été reportée à la fin du mois d'août 2005. L'assurée allègue n'avoir plus exercé aucune activité professionnelle depuis lors et se trouver, depuis la suppression de la rente, sans aucun revenu. Elle propose de se soumettre à un examen médical afin d'établir un bilan de son état de santé.
8. Invité à se prononcer, l'OCAI, dans sa réponse du 30 mai 2006, a souligné que l'assurée a exercé durablement une activité lucrative depuis le mois de février 2000 sans l'en informer, malgré l'obligation de renseigner qui lui incombait. Elle a ainsi été employée de la société X\_\_\_\_\_SA en tant que comptable dès février 2000, d'abord à 60%, puis à 100% dès janvier 2004. Ce n'est que par hasard, au cours d'une procédure de révision lancée le 19 avril 2005, que ces faits ont été découverts. L'OCAI a conclu au rejet du recours concernant la période antérieure au mois d'août 2005, durant laquelle l'assurée a exercé une activité lucrative substantielle. En revanche, s'agissant de la période postérieure au mois d'août 2005, il a admis qu'il était en l'état impossible de déterminer précisément s'il y avait invalidité, vu le défaut de documents médicaux. Il a dès lors proposé que le tribunal confirme le bien-fondé de la décision contestée jusqu'au mois d'août 2005 et lui renvoie la cause pour compléments d'instruction médical et professionnel pour la période postérieure.
9. Dans sa réplique du 22 juin 2006, l'assurée a admis avoir repris une activité professionnelle en février 2000 mais répété qu'elle avait quitté son poste en juillet de la même année et que ce n'est que face à l'insistance de son employeur qu'elle avait accepté de reprendre cette activité à la fin du mois de mars 2001. Elle allègue qu'elle n'avait d'ailleurs pas la force ni de marcher ni d'utiliser les transports en commun, raison pour laquelle elle se voyait obligée d'emprunter un taxi.

## **EN DROIT**

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 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.
3. 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 2005, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition à la lumière des nouvelles dispositions de la LAI et de la LPGA (ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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).
4. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable à la forme (cf. art. 60 LPGA).
5. Le nouvel art. 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). 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). En outre, selon l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du degré d'invalidité ou d'impotence, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont eu connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du degré d'invalidité ou d'impotence.

6. Aux termes de l'art. 8 LPGA, 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.

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).

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, il ressort du questionnaire rempli par l'employeur de la recourante qu'elle a travaillé pour lui du 7 février 2000 au 31 août 2005. La question de savoir si l'assurée s'est effectivement interrompue, comme elle l'affirme, du mois de juillet 2000 au mois de mars 2001 peut rester ouverte puisque, quoi qu'il en soit, l'intimé ne lui réclame en définitive le remboursement des prestations qu'il lui a versées qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003. Il suffit donc d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'assurée a recouvré une pleine capacité de travail dès cette date.
9. Il n'est pas contesté que la recourante a travaillé à plein temps du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 août 2005. Elle allègue avoir éprouvé des difficultés à remplir sa tâche. Il n'en demeure pas moins qu'en 2003, elle a réalisé un revenu de 70'155 fr., qu'en 2004, son gain annuel s'est élevé à 66'950 fr. et que, du 1<sup>er</sup> janvier au 31 août 2005, elle a obtenu un salaire de 40'300 fr. (représentant un gain annuel de 60'450 fr.). Si l'on compare le plus bas de ces revenus à celui que l'assurée pourrait réaliser sans invalidité aucune selon les statistiques, à savoir 70'888 fr. (salaire mensuel de 5'550.- pour une femme ayant des connaissances professionnelles spécialisées en comptabilité en 2002 selon ESS 2002 tableau TA7, réévalué en 2005 selon l'indice des salaires réels [Vie économique 2/2006 p. 95 tableau B10.3] et un horaire hebdomadaire de 41,6 heures en 2005), on obtient un degré d'invalidité de 14,72 % insuffisant pour ouvrir droit à une rente. C'est donc à juste titre que l'intimé a considéré que, pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 août 2005, le degré d'invalidité de la recourante ne justifiait pas l'octroi d'une rente.

Quant à la période postérieure au 31 août 2005, les données médicales font effectivement défaut, de telle sorte qu'il convient de suivre la proposition de l'intimé et de lui renvoyer la cause pour investigations supplémentaires et nouvelle décision.

Au vu des considérations qui précèdent, la décision litigieuse est confirmée pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 août 2005. En ce sens, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaires s'agissant de la période postérieure au 31 août 2005.

---

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

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

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement dans le sens des considérants.
3. Confirme la suppression de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 et jusqu'au 31 août 2005.
4. Renvoie la cause à l'OCAI pour instruction complémentaire concernant la période postérieure au 31 août 2005 et nouvelle décision.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

La présidente

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