

GE_GERICHTE A/807/2013 vom 3. September 2013

GE Cour de justice, 2013-09-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_807_2013

FR: GE_GERICHTE A/807/2013 du 3 septembre 2013

IT: GE_GERICHTE A/807/2013 del 3 settembre 2013

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame S _____, domiciliée à GENEVE, représentée par FORTUNA COMPAGNIE D'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame S _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1962, a exercé l'activité de femme de chambre en milieu hôtelier à 100% jusqu'à la survenance d'une incapacité de travail complète en janvier 1997. En parallèle, elle occupait un autre emploi à temps partiel en tant que nettoyeuse jusqu'à un arrêt de travail complet dans cette activité dès octobre 1996.![endif]>![if> 2. En date du 27 août 1997, l'assurée a formé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé).![endif]>![if> 3. Dans un rapport daté du 3 juin 1999, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI a fait état d'une instabilité lombaire L5-S1, de lombosciatalgies gauches chroniques, associées à des sciatalgies gauches. Elle a considéré qu'un reclassement de l'assurée s'avérait impossible, car celle-ci allait subir prochainement une opération consistant à fixer entre elles les deux vertèbres dorsales (spondylodèse antérieure L5-S1) et qu'une période de convalescence de trois mois était d'ores et déjà nécessaire, avec repos absolu. Aussi la division de réadaptation professionnelle a-t-elle considéré qu'une rente temporaire s'imposait, avec révision et début des mesures de réadaptation sitôt la période de convalescence achevée, soit au 1 er novembre 1999.![endif]>![if> 4. En date du 16 juillet 1999, l'assurée a subi une intervention chirurgicale consistant en une discectomie L5-S1 avec spondylodèse antérieure et pose d'une cage intersomatique de L5-S1.![endif]>![if> 5. Une IRM lombaire effectuée le 8 décembre 1999 a mis en évidence une absence de consolidation au niveau de la spondylodèse avec des signes d'inflammation locale.![endif]>![if> 6. Par certificat du 24 février 2000, le Dr A _____, médecin traitant de l'assurée, a fait état d'une évaluation défavorable sur le plan clinique avec exacerbation des douleurs alors permanentes, y compris nocturnes, nécessitant le maintien d'un corset BOB en station verticale, ceci malgré un traitement anti-inflammatoire permanent. Le Dr. A _____ a ajouté qu'actuellement, la situation professionnelle de l'assurée pouvait difficilement être améliorée, tant sur le plan de la formation que d'une reprise de son ancien travail de femme de chambre.![endif]>![if> 7. Par décision du 16 août 2000, l'OAI a considéré que l'assurée présentait une invalidité de 100% et l'a mise au bénéfice d'une rente entière avec effet au 8 octobre 1997.![endif]>![if> 8. Dans un rapport du 16 janvier 2004, le Dr B _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'une IRM pratiquée le 24 avril 2001 avait mis en évidence la persistance d'œdèmes inflammatoires au niveau des plateaux vertébraux L5-S1 et que cet examen lui faisait suspecter une pseudarthrose. Il a ajouté que les alternatives de traitements consistaient ou bien dans un traitement non chirurgical sous

forme d'anti-inflammatoires, antalgiques et physiothérapie, ou bien dans un nouveau traitement chirurgical, soit par voie antérieure ou postérieure. [endif]>![if> Dans un rapport du 16 septembre 2004 adressé à l'OAI, le Dr A_____ a considéré que l'état de santé était stationnaire depuis 2000, qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et que de nouvelles mesures professionnelles ne se justifiaient pas. Interrogé sur la possibilité d'un retour ultérieur de l'assurée à son ancien poste de travail ou l'exercice futur d'une autre activité, le Dr A_____ a répondu par la négative à la première question. Concernant la seconde éventualité, le Dr A_____ a indiqué qu'aucune activité physique n'était envisageable. Il a ajouté qu'en l'état, un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Par décision du 4 octobre 2004 prise à l'issue d'une révision périodique du droit aux prestations, l'OAI a maintenu la rente entière de l'assurée en estimant qu'elle présentait toujours un degré d'invalidité de 100%. 9. Par avis du 8 juin 2010, le Dr C_____, médecin SMR, a indiqué dans le cadre d'une nouvelle révision du droit aux prestations que depuis la décision initiale, il n'y avait pas de documents pertinents au dossier, hormis les certificats médicaux successifs des révisions de 2004 et 2009 qui attestaient un état de santé stationnaire. Le Dr C_____ a ajouté que lors de l'octroi de rente initial, l'état de santé était considéré comme non stabilisé, raison pour laquelle une activité adaptée n'avait pas été envisagée. Concernant ladite instabilité, il a précisé que suite à la suspicion d'une pseudarthrose à l'IRM de 2001, tant la voie d'un traitement chirurgical que celle d'un traitement conservatoire avaient été évoquées et qu'en fin de compte, cette deuxième option avait été choisie. [endif]>![if> 10. Par avis du 8 novembre 2010, la Dresse D_____, médecin SMR a considéré qu'à la différence de ce qui était le cas lors de la décision initiale de l'OAI, l'état de santé de l'assurée était stable depuis quelques années et qu'il convenait de déterminer les limitations fonctionnelles et la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Pour ce faire, la Dresse D_____ a proposé la réalisation d'une expertise rhumatologique chez le Dr E_____, à Lausanne. [endif]>![if> 11. Par expertise du 21 janvier 2011, le Dr E_____ a retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes, diagnostiqué des lombalgies chroniques (status après l'intervention chirurgicale du 16 juillet 1999) et donné son appréciation du cas. Il ressort de cette dernière que les radiographies pratiquées le jour de l'expertise étaient superposables aux clichés radiologiques du 11 octobre 1999 et que malgré la poursuite de mesures conservatrices au long cours (séances de physiothérapie hebdomadaires complétées par la prise d'anti-inflammatoires), les symptômes, bien que fluctuants en fonction des périodes, étaient restés stationnaires jusqu'au jour de l'expertise. Aussi le Dr E_____ a-t-il considéré que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle antérieure de femme de chambre et nettoyeuse était nulle, mais que dans une activité professionnelle légère excluant le port de charges de plus 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise "au trente minutes" (sic), la capacité de travail de l'assurée était de 50% sous forme de demi-journées et qu'il convenait d'ajouter une diminution de rendement estimée à environ 20% pour permettre à l'assurée de ménager son rachis et prendre éventuellement des pauses supplémentaires. [endif]>![if> 12. Par avis du 17 mars 2011, la Dresse F_____, médecin SMR, a considéré que l'expertise du Dr E_____ concluait à un état stationnaire depuis l'intervention du 16 juillet 1999. Il a ajouté que dans la mesure où la suspicion d'une pseudarthrose, évoquée suite à l'IRM du 24 avril 2001, n'avait pu être confirmée en 2011, l'état de santé de l'assurée devait être considéré comme stabilisé. Enfin,

la Dresse F_____ a rappelé que la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait encore jamais été considérée.![endif]>![if> 13. Du 31 octobre 2011 au 27 novembre 2011, à la demande de l'OAI, l'assurée a effectué un stage d'observation professionnelle à 50% auprès des établissements publics d'intégration (EPI). Selon le rapport établi le 17 janvier 2012 par G_____, Directeur du COPAI, les capacités physiques que l'assurée a démontrées au cours de ce stage étaient incompatibles avec les exigences du circuit économique normal. Il a ajouté que le maintien difficile des positions de travail, le manque de tonus et de résistance, la lenteur du rythme de travail ainsi que les fréquents besoins d'interruption des activités empêchaient toute insertion dans le monde du travail. Il a fait valoir en outre que le rendement actuel de 20% à mi-temps ne pouvait être accepté par les employeurs du marché libre. ![endif]>![if> 14. Dans un rapport du 4 janvier 2012, le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a évoqué l'échec de l'ensemble des traitements proposés et fait état d'une situation figée sans possibilités d'amélioration après 12 ans d'évolution, situation se traduisant par des plaintes permanentes, toute activité provoquant et aggravant les douleurs. Il a indiqué que le stage organisé par le COPAI avait clairement montré qu'aucune activité suivie, même très légère, n'était réalisable et que les rendements atteints étaient beaucoup trop faibles pour être exploitables, même à temps partiel.![endif]>![if> 15. Par avis du 20 janvier 2012, la Dresse F_____ a maintenu ses conclusions du 17 mars 2011, motif pris que l'écart de capacité résiduelle entre le rapport de stage (20 %) et l'expertise du Dr E_____ (40%) ne parlait pas en faveur d'explications médicales, mais reflétait plutôt une autolimitation de la part de l'assurée. La Dresse F_____ a ajouté que le rapport du Dr H_____ du 4 janvier 2012 n'apportait pas d'argument en faveur d'une aggravation de l'état de santé. Enfin, elle a estimé qu'aucun élément au dossier ne permettait de suspecter la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie.![endif]>![if> 16. Suite à l'avis de la Dresse F_____, le service de réadaptation de l'OAI a procédé à la clôture du mandat de réadaptation et procédé à une évaluation théorique des gains. Il en ressort que le taux d'invalidité était de 68% dès 2011, soit un revenu sans invalidité de 55'542 fr. et un revenu d'invalidité de 17'928 fr. (ESS 2010, total, niveau 4, à 50% avec une diminution de rendement de 20% et une réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte de l'occupation légère et du taux d'occupation).![endif]>![if> 17. Par projet de décision du 3 avril 2012, l'OAI s'est référé à l'expertise du Dr E_____ et aux conclusions de son service de réadaptation en précisant que ce dernier avait conclu que des mesures professionnelles sous forme de reclassement n'étaient pas indiquées pour le moment et que l'observation professionnelle avait confirmé l'exigibilité médicale constatée par le SMR. Ainsi, l'OAI a décidé de remplacer la rente entière versée jusqu'ici par un trois quarts de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 68% (arrondi de 67,7%).![endif]>![if> 18. Par courrier du 8 mai 2012, l'assurée, représentée par son assurance de protection juridique, a fait part de son désaccord avec le projet du 3 avril 2012.![endif]>![if> 19. Par observations complémentaires du 23 mai 2012, l'assurée a conclu au maintien de sa rente, faisant valoir que sa situation n'avait pas changé. Elle a souligné que le COPAI avait relevé une attitude ouverte et enthousiaste de sa part en début de stage pour trouver une solution à sa situation, mais qu'il avait constaté que les douleurs et limitations physiques avaient rapidement pris le dessus, de même que les plaintes. Aussi l'assurée ne comprend-t-elle pas que la Dresse F_____ se soit fondée uniquement sur l'expertise du Dr E_____ et que cette praticienne ait écarté les conclusions du COPAI en affirmant de manière non motivée qu'elle avait fait preuve d'autolimitation durant le stage. Enfin, l'assurée a indiqué que si l'OAI persistait à

considérer (à tort) qu'elle présentait une capacité de travail résiduelle, l'utilisation de l'ESS était contestée dans la mesure où l'exercice d'activités variées n'était plus exigible et qu'il incombait dès lors à l'OAI de décrire précisément les activités que l'on pouvait raisonnablement attendre de sa part, ce que l'OAI s'était abstenu de faire. ![/endif]>![if>

20. Par avis du 21 juin 2012, la Dresse F_____ a relevé que le rapport du 17 janvier du COPAI soulignait l'incapacité de l'assuré de se projeter dans une démarche de retour à une activité professionnelle et que son espoir actuel ne reposait pas sur ses propres ressources mais sur d'hypothétiques progrès de la médecine. Dans ce contexte qu'elle a qualifié « d'attitude figée » de la part de l'assurée, la Dresse F_____ a proposé de mettre en place une expertise psychiatrique pour faire la lumière sur un éventuel syndrome douloureux chronique. ![/endif]>![if>

21. Par rapport du 31 août 2012 à l'OAI, le Dr A_____ a fait savoir que l'option même d'une expertise psychiatrique lui paraissait inappropriée, l'assurée ne présentant pas de son point de vue de syndrome douloureux chronique, mais un status post-spondylodèse L5-S1 avec absence de consolidation au niveau du montage chirurgical dans les suites post-opératoires. Il a ajouté que l'attitude figée que la Dresse F_____ prête à l'assurée ne correspondait ni à ses propres observations, ni aux constatations des EPI durant le stage d'observation au cours duquel elle a toujours effectué les tâches demandées jusqu'à la limite de ses possibilités physiques. ![/endif]>![if>

22. Par expertise psychiatrique du 8 octobre 2012, le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, a retracé l'anamnèse de l'assurée, recueilli ses plaintes et diagnostiqué une dysthymie F34.1 sans répercussion sur la capacité de travail. Pour le surplus, il n'a fait état d'aucune affection incapacitante sur le plan psychiatrique. Dans son appréciation du cas, il a écarté toute maladie psychiatrique, en particulier un syndrome douloureux somatoforme qui serait à la base d'une incapacité de travail de l'assurée. ![/endif]>![if>

23. Par avis du 26 novembre 2012, la Dresse F_____ a considéré que l'expertise du Dr I_____ permettait de conclure à l'absence d'atteinte psychiatrique incapacitante et qu'au final les conclusions prises en date du 17 mars 2011 restaient valables, à savoir que l'assurée présentait une capacité de travail médico-théorique de 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (CT de 50% avec 20% de baisse de rendement). Elle a ajouté que la capacité de travail retenue par le Dr E_____ était vraisemblablement présente de longue date, sans qu'il soit possible de préciser cette dernière, mais en tout cas depuis la dernière révision de 2004, puisque l'état de santé était resté stationnaire depuis lors. La Dresse F_____ a ajouté que compte tenu de la durée d'inactivité professionnelle, cette capacité de travail médico-théorique ne pouvait être atteinte qu'après une période de reconditionnement (augmentation progressive sur trois mois) et qu'elle laissait le soin à un spécialiste de la réadaptation de se prononcer sur l'opportunité de proposer un stage d'une durée supérieure à un mois et/ou de déterminer l'employabilité de l'assurée. ![/endif]>![if>

24. Par décision du 1^{er} février 2013, l'OAI a octroyé un trois quart de rente à l'assurée à compter du 1^{er} avril 2013 en reprenant l'argumentation et les explications présentées dans son projet de décision du 3 avril 2012. Il a ajouté que suite à l'expertise du Dr I_____, le SMR avait estimé que ses conclusions du 17 mars 2011 restaient valables en ce sens que l'assurée possédait une capacité de travail médico-théorique de 50% dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles qui se traduisaient par une baisse de rendement de 20%. Enfin, l'OAI a précisé avoir également présenté le dossier à son service de réadaptation qui a estimé d'office que la mise en place de mesures professionnelles n'était pas nécessaire. ![/endif]>![if>

25. Par acte du 5 mars 2013, l'assurée a saisi la Cour de

céans d'un recours contre la décision du 1^{er} février 2013, concluant sous suite de dépens à l'annulation de la décision du 1^{er} février 2013 notifiée le 6 février 2013 ainsi qu'à la poursuite du versement d'une rente entière en sa faveur. À l'appui de ses conclusions, la recourante reprend en substance les arguments développés dans ses observations complémentaires du 23 mai 2012. Elle ajoute que la réduction supplémentaire de 15% est insuffisante et qu'elle devrait s'élever au maximum dans le cas d'espèce, soit à 25%.>[endif]>[if> 26. Par acte du 23 avril 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours en se référant aux motifs indiqués dans la décision du 1^{er} février 2013. Pour le surplus, l'intimé fait valoir qu'il convient certes de comparer les faits tels qu'ils se présentaient en août 2000, date de la décision initiale qui mettait la recourante au bénéfice d'une rente entière, avec ceux qui prévalaient à la date à laquelle le droit à la rente a été diminué, soit en février 2013, il n'en demeure pas moins que la situation médicale de la recourante n'était pas stabilisée à l'époque de l'octroi initial de la rente. Elle se réfère à cet égard au rapport du 3 juin 1999 de la division de réadaptation professionnelle de l'OAI en tant que celui-ci considérait qu'un reclassement était impossible tant que l'opération du 16 juillet et la période de convalescence consécutive n'avaient pas eu lieu. L'intimée se fonde également sur le certificat du 24 février 2000 du Dr A_____ dans la mesure où ce document soulignait qu'actuellement, la situation de la patiente pouvait difficilement être améliorée, tant sur le plan de la formation que d'une reprise de son ancien travail de femme de chambre. L'intimée déduit ensuite de l'expertise du 21 janvier 2011 du Dr E_____ qu'une amélioration s'est produite par rapport à la situation initiale, puisque cet expert a considéré que la recourante présentait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.>[endif]>[if> L'intimée ajoute qu'en cas d'appréciation divergente entre les organes d'appréciation médicale et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin, soit en l'espèce celui du Dr E_____, prime. S'agissant de la détermination du revenu d'invalidité au moyen des données statistiques de l'enquête sur la structure des salaires (ESS), l'intimée soutient que la méthode employée ne souffre aucune critique, motif pris que le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Enfin, l'intimé soutient qu'un abattement supérieur à 15% ne se justifie pas dans la mesure où la recourante est titulaire d'un permis C, qu'elle est encore éloignée du seuil à partir duquel la jurisprudence parle d'un âge avancé et que les limitations fonctionnelles ont déjà été prises en considération dans le cadre du rendement diminué retenu. 27. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.>[endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).>[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).>[endif]>[if>

E. 3

Le litige porte sur le droit de l'OAI de réviser sa décision du 16 août 2000, par laquelle la recourante a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité.

E. 4

a) 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 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 I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (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. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). c) Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de rente ou de l'allocation pour impotent prend effet: au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a); rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b).

E. 5

a) 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 (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b) 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 351 consid. 3). 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, en principe, lorsqu'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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à

même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (ATFA non publié I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF non publié 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4). c) 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

E. 7

En l'espèce, il convient principalement de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est amélioré entre la décision 4 octobre 2004 et la décision querellée du 1^{er} février 2013 et, dans l'affirmative, d'apprécier la capacité de travail exigible. a) Lors de la décision d'octroi d'une rente entière le 16 août 2000, la recourante souffrait d'une instabilité lombaire L5-S1, de lombosciatalgies gauches chroniques, associées à des sciatalgies gauches. Malgré une intervention chirurgicale effectuée en date du 16 juillet 1999, consistant en une discectomie L5-S1 avec spondylodèse antérieure et pose d'une cage intersomatique de L5-S1, un certificat du 24 février 2000 établi par le Dr A_____ a fait état d'une évaluation défavorable sur le plan clinique avec exacerbation des douleurs, de sorte que la situation professionnelle de l'assurée pouvait difficilement être améliorée, tant sur le plan de la formation que d'une reprise de son ancien travail de femme de chambre. Lors de la décision du 4 octobre 2004, le rapport du 16 septembre 2004 du Dr A_____ mentionnait que l'état de santé était stationnaire depuis 2000, qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics et que de nouvelles mesures professionnelles ne se justifiaient pas. Interrogé sur la possibilité d'un retour ultérieur de l'assurée à son ancien poste de travail ou l'exercice futur d'une autre activité, le Dr A_____ a répondu par la négative à la première question. Concernant la seconde éventualité, le Dr A_____ a indiqué qu'aucune activité physique n'était envisageable. Il a ajouté qu'en l'état un examen médical complémentaire n'était pas nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Par avis du 8 juin 2010, le Dr C_____, médecin SMR, a indiqué que lors de la décision d'octroi de rente initiale du 16 août 2000, l'état de santé était considéré comme non stabilisé. Aussi la Dresse F_____, médecin SMR a-t-elle relevé par avis des 17 mars 2011 et 26 novembre 2012 que pour ce motif, la capacité de travail dans une activité adaptée n'avait été appréciée ni au moment de la décision initiale, ni lors de la dernière révision de 2004, en précisant que depuis lors, l'état de santé de la recourante était resté stationnaire. Dans son expertise du 21 janvier 2011, le Dr E_____ a indiqué que les radiographies pratiquées le jour de l'expertise étaient superposables aux clichés radiologiques du 11 octobre 1999 et que malgré la poursuite de mesures conservatrices au long cours (séances de physiothérapie hebdomadaires complétées par la prise d'anti-inflammatoires), les symptômes, bien que fluctuants en fonction des périodes, étaient restés stationnaires jusqu'au jour de l'expertise. Aussi le Dr E_____ a-t-il considéré que d'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle antérieure de femme de chambre et nettoyeuse était nulle, mais que dans une activité professionnelle légère excluant le port de charges de plus 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance des positions de travail, la capacité de travail de l'assurée était de 50% sous forme de demi-journées et qu'il convenait d'ajouter une diminution de rendement estimée à environ 20% pour permettre à l'assurée de ménager son rachis et prendre éventuellement des pauses supplémentaires. Fondée sur l'ensemble du dossier, retraçant une anamnèse fouillée et tenant compte des plaintes de la recourante, cette expertise comporte un status objectif détaillé et nuancé ainsi que des conclusions convaincantes s'agissant d'une capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'expertise doit ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante. Pour sa part, la recourante estime être totalement incapable de travailler dans une activité quelle qu'elle soit. Elle se fonde à cet égard sur les avis émis par les Drs A_____ et H_____ ainsi que les conclusions du COPAI qui font état d'un rendement de 20% à mi-temps qui ne peut être accepté par les employeurs du marché

libre. Elle en conclut que sa situation n'a pas changé objectivement depuis la décision initiale en ce sens qu'elle présente toujours une incapacité de travail et de gain complète et que sa rente entière doit, par conséquent, être maintenue. Ces critiques ne remettent pas en cause la valeur probante de l'expertise du Dr E _____ s'agissant de la survenance d'un notable changement des circonstances depuis la décision du 4 octobre 2004. Premièrement, cette expertise évalue certes à un degré supérieur à l'estimation du COPAI le rendement de la recourante dans une activité à mi-temps adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cela étant, le rapport du COPAI ne va pas jusqu'à affirmer que toute activité lucrative serait exclue, en particulier d'un point de vue médical, les réserves émises concernant uniquement ce qui peut être accepté par les employeurs du marché libre. Or, ce dernier point concerne non pas la capacité de travail exigible, mais relève de la fixation du taux d'invalidité (cf. consid. 8 et 9 ci-après). Deuxièmement, il convient de relever avec le SMR que faute de stabilisation de l'état de santé de la recourante lors de la décision initiale du 16 août 2000, la question d'une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée n'avait pas lieu d'être examinée à l'époque dans le contexte de l'octroi d'une rente temporaire. Force est donc d'admettre qu'un notable changement des circonstances au sens de l'art. 17 LPGA s'est produit depuis la décision du 4 octobre 2004, du moins sous l'angle de la capacité de gain (ATF 130 V 343 consid. 3.5) étant précisé que la condition préalable d'un tel changement a consisté dans la stabilisation de l'état de santé de la recourante à partir de 2004, conformément à l'avis du 26 novembre 2012 de la Dresse F _____. b) S'agissant de la capacité de travail exigible, la recourante soutient en substance qu'il convient de suivre les conclusions des Dr A _____ et H _____ ainsi que celles du COMAI et non celles de l'expert E _____. Plus précisément, elle reproche à l'intimée de ne citer aucun exemple d'activité qui lui soit concrètement accessible, preuve selon elle qu'une telle activité n'existe pas. Elle se fonde à cet égard sur l'ATFA non publié I 540/03 du 10 novembre 2004 qui précise que dans l'hypothèse où les appréciations résultant d'une observation professionnelle, respectivement médicale divergent et que la confrontation de leurs rapports respectifs ne permet pas de déterminer la nature des activités qui restent à la portée de l'assuré, ni de connaître la mesure dans laquelle il pourrait les accomplir, il incombe à l'administration, respectivement au juge de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (ATFA non publié I 540/03 précité, consid. 4.2). Ces arguments ne sauraient être suivis. Premièrement, les avis des Dr A _____ et H _____ ne font état d'aucun élément objectivement vérifiable qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Deuxièmement, en affirmant que les conclusions du Dr E _____ devraient céder le pas à celles du COMAI, la recourante ne tient pas compte du fait que c'est au moyen d'une évaluation médicale sur les tâches qui sont exigibles de l'assuré, ainsi que sur la mesure dans laquelle ce dernier peut les effectuer, que le juge doit se prononcer sur l'exigibilité de la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle au sens de l'art. 16 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3). Troisièmement, la recourante ne peut rien tirer en sa faveur de l'ATFA I 540/03 précité. Dans cet arrêt, l'appréciation de l'exigibilité d'une activité lucrative avait fait l'objet, en procédure administrative, d'avis foncièrement opposés de deux institutions de l'assurance-invalidité (COPAI et COMAI) et le COMAI ne s'était notamment pas prononcé sur des handicaps constatés par le COPAI, de sorte que le rôle de ces deux organes n'avait pu s'exercer de manière complémentaire (ATF non publié 9C_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.2 relatif à l'arrêt invoqué par la recourante). Tel n'est pas le cas en l'espèce. Quatrièmement, il ressort du rapport du COPAI du 17 janvier 2012

qu'au chapitre des limitations physiques, la recourante a déclaré elle-même qu'elle "ne peut rien faire". Or cette assertion tend à confirmer l'appréciation de la Dresse F_____ du 20 janvier 2012 selon laquelle l'écart de capacité résiduelle entre le rapport de stage (20 %) et l'expertise du Dr E_____ (40%) ne parle pas en faveur d'explications médicales. Au vu de ces éléments, le rapport du COPAI du 17 janvier 2012 ne permet pas de mettre en doute le bien-fondé de l'expertise du Dr E_____. En conséquence, il sied de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante est en mesure d'exercer à 50% une activité lucrative adaptée à ses limitations fonctionnelles avec une diminution de rendement de 20% conformément à cette expertise.

E. 8

Reste à vérifier le taux d'invalidité retenu par l'intimé. 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre

appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

E. 9

Pour calculer le revenu sans invalidité, l'intimé s'est basé sur le dernier salaire que la recourante a obtenu, soit 45'872 fr. en 1997 en l'indexant à l'année 2010 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux, ce qui correspond à 55'542 fr. Pour déterminer le revenu d'invalidité, l'intimé s'est référé aux ESS 2010 en se basant sur le revenu d'une femme exerçant une activité de niveau 4, tous secteurs confondus, à 50% avec une diminution de rendement de 20% et en admettant une réduction supplémentaire de 15% pour tenir compte de l'activité légère et du taux d'occupation, soit 17'928 fr. En tant que les revenus avec et sans invalidité ont été déterminés par rapport à un même moment, soit l'année 2010, la décision querellée ne prête pas le flanc à la critique. Cela étant, la jurisprudence précise qu'il y a lieu de prendre en considération comme année de référence l'année au cours de laquelle le changement important ayant une incidence sur la capacité de gain s'est produit (ATF non publié I 95/07 du 15 février 2008, consid. 5). En l'espèce, l'expertise du Dr E _____ ne précise pas à partir de quelle date la recourante a été en mesure d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aussi convient-il de fixer cette capacité à la date à laquelle l'expertise a été effectuée, soit en janvier 2011. Partant, l'année de référence est 2011. Ainsi, selon l'Office fédéral de la statistique (ci-après: OFS), les salaires nominaux pour les hommes doivent être adaptés de 1% en 2011, de sorte que le revenu sans invalidité est de 56'097 fr. 40 (55'542 + 1%). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). La recourante conteste la détermination du revenu avec invalidité exigible au moyen des ESS, motif pris qu'elle ne serait plus en mesure de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail équilibré dans l'économie normale en raison de ses nombreuses limitations. Cette argumentation ne saurait être suivie. Si les limitations décrites par l'expert peuvent de prime abord sembler importantes, elles représentent, pauses comprises, des mesures classiques d'épargne lombaire en vue d'éviter les douleurs provoquées par la pathologie de la recourante. D'un point de vue médical, l'expert a considéré que la recourante était en mesure de reprendre l'exercice d'une activité lucrative, certes légère, à mi-temps. Quoi qu'en dise la recourante, il convient d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères adaptées à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans formation particulière. Le Tribunal fédéral s'est prononcé en ce sens dans un arrêt non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 au sujet d'un cas similaire. La Haute Cour précise de surcroît que lorsque l'assuré n'établit pas de manière convaincante en quoi les

activités retenues ne seraient pas exigibles au regard de ses limitations, il n'y a pas lieu au demeurant d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail lui permettrait de retrouver un emploi (ATF 9C_1066/2009 précité, consid. 4.2). Or dans le cas particulier, la recourante n'indique même pas quelles activités précisément ne sauraient être exercées au regard de ses limitations dans le cadre général fixé par l'expert. En l'espèce, la Cour de céans a déjà admis ci-dessus (considérant 9) que les limitations fonctionnelles de la recourante ne sont pas incompatibles avec l'exploitation sur le plan économique d'une capacité résiduelle de travail de 40% (50% avec une diminution de rendement de 20%). Pour ce qui est du revenu d'invalidé, il convient de se référer aux données de l'ESS, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative. Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger excluant le port de charges de plus 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance des positions de travail, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, toutes activités confondues (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Il s'élève à 50'700 fr. ($4'225 \times 12$), part du 13^{ème} salaire comprise, de sorte qu'en tenant compte d'une capacité de travail de 50%, il atteint 25'350 fr. Il y a encore lieu d'adapter ce résultat à l'évolution des salaires nominaux pour les femmes en 2011 de 1%, ce qui le porte à 25'603 fr. 50 ($25'350 + 1\%$). De plus, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit être adapté à l'horaire de travail en 2011 qui est de 41,7 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises) soit à 26'691 fr. 65 ($25'603.50 \times 41,7 : 40$), montant duquel il convient de retrancher la diminution de rendement constatée de 20% pour un salaire selon exigibilité et rendement de 21'353 fr. 30. Après abattement de 15% tel que retenu par l'intimé en vertu de son pouvoir d'appréciation et qu'il n'appartient pas à la Cour de céans de modifier au vu de la retenue qu'elle doit s'imposer en la matière, le revenu d'invalidé s'élève à 18'150 fr. 30 ($21'353,30 \times 85\%$). Par conséquent, le taux d'invalidité s'élève bel et bien à 68% ($56'097.40 - 18'150 : 56'097.40 \times 100$) et ouvre droit à trois quarts de rente d'invalidité.

E. 10

Force est de constater que ce taux de 68% ne permet pas le maintien d'une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). Les conditions de la révision étant réunies, l'intimé était en droit de supprimer la rente entière jusque-là versée à la recourante. Aussi le recours doit-il être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**
Statuant A la forme :

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