RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/952/2006 **ATAS/836/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 21 septembre 2006

En la cause

Madame S_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Bernard REYMANN	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. S_____, ressortissante portugaise, née en novembre 1957, mère de deux enfants, est sans formation professionnelle. Elle est venue s'établir en Suisse en 1988, où elle s'est d'abord occupée d'une personne handicapée. Elle a ensuite travaillé comme femme de chambre à l'hôtel X_____, puis à l'HÔTEL Y_____et ce, à plein temps jusqu'au 15 octobre 1993.

2. Depuis 1992, l'intéressée souffre de douleurs lombaires qui ont entraîné, dès le 4 juillet 1993, des incapacités de travail à 100% ainsi qu'à 50%.

3. Le 11 août 1993, les Drs A_____ et B_____, médecins auprès de la division de rhumatologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG) ont examiné l'assurée. Ils ont diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral aigu et une spondylolyse L5 avec listhésis degré 1 L5-S1. A leur demande, l'assurée a été hospitalisée du 16 au 27 août 1993.

4. Selon le compte-rendu d'hospitalisation établi le 30 août 1993 par les Drs C_____ et D_____, médecins auprès de la division de rhumatologie des HUG, l'assurée présentait des lombalgies aiguës; les séances de physiothérapie quotidiennes associées à un analgésique avaient apporté une amélioration modérée de la symptomatologie algique; pendant l'hospitalisation, la patiente avait présenté un état anxieux léger; un suivi psychiatrique ne semblait toutefois pas nécessaire.

5. Dès le 17 septembre 1993, l'assurée a repris le travail à 50%, et ce, jusqu'au 14 octobre 1993, date à partir de laquelle son incapacité de travail est devenue totale et définitive.

6. Le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué dans son rapport du 22 octobre 1993 que l'assurée présentait un syndrome vertébral lombaire marqué par des douleurs de caractère mécanique irradiant parfois dans la fesse et la cuisse gauches. Le bilan radiologique effectué le 14 octobre 1993 montrait des troubles statiques modérés de la colonne lombaire avec un spondylolisthésis L5-S1 du 1er degré sur spondylolyse L5 bilatérale. Au status clinique, la mobilité était réduite. Un traitement conservateur associant physiothérapie, anti-inflammatoires et myorelaxants n'avait pas apporté de soulagement significatif. Le médecin proposait le port d'un corset de soutien lombaire associé à de la physiothérapie.

7. Le 29 octobre 1993, l'assurée a déposé une demande de prestations à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), tendant à l'octroi d'un corset.

8. Par communication du 14 janvier 1994, l'OCAI a avisé l'assurée qu'elle avait droit à un corset.

9. Il résulte du rapport adressé à l'OCAI le 18 mars 1994 par le Dr F_____, médecin traitant de l'assurée, que l'état de santé de cette dernière était stationnaire et que la physiothérapie de musculation du dos avait permis de stabiliser les douleurs, avec le port occasionnel du corset. Selon lui, un reclassement professionnel était requis dès que possible, étant donné d'une part, qu'une reprise de l'activité habituelle s'était avérée impossible et que, d'autre part, l'assurée pouvait travailler, pour autant qu'elle évite les flexions-extensions répétées du tronc ainsi que le port de charges. Selon lui, la capacité de travail de sa patiente pouvait être améliorée par le port du corset.

10. Afin de déterminer les différentes mesures de réadaptation professionnelle envisageables, l'assurée a suivi un stage auprès du Centre d'intégration professionnelle (ci-après CIP), du 5 février au 1er mars 1996.

11. Il résulte du rapport établi par le CIP en date du 13 mars 1996, que pendant le stage - que l'assurée avait suivi à plein temps pendant 20 jours - cette dernière ne pouvait rester durablement ni assise, ni debout. Les positions adoptées étaient d'ailleurs elles-mêmes instables. Selon les collaborateurs du CIP, l'intéressée, qui avait des points d'appui totalement perturbés, était dans l'impossibilité de maintenir une structure neuro-motrice fonctionnelle. Aucun système de compensation n'était d'ailleurs possible. Par conséquent, aucune activité ne pouvait être envisagée, aucun recyclage non plus. De plus, selon toute vraisemblance, l'incapacité de travail était définitive. En conclusion, aucune activité n'était conciliable avec son handicap physique.

12. A ce rapport était joint l'avis du 13 mars 1996 du Dr G_____, médecin-conseil du CIP et spécialiste en médecine interne. Selon lui, les lombalgies importantes, accompagnées de sciatalgies, empêchaient l'assurée d'adopter une quelconque position qui soit compatible avec une activité manuelle ou une activité dans le secteur tertiaire, car l'intéressée ne pouvait rester suffisamment longtemps debout ou assise pour être efficace. Selon lui, la situation était stabilisée et n'avait vraisemblablement pas de chance de s'améliorer.

13. En se référant aux rapports du CIP et du Dr G_____, la Division de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a proposé, en date du 11 avril 1996, de considérer l'assurée comme totalement incapable de travailler.

14. Par décision du 22 novembre 1996, l'OCAI a reconnu l'assurée invalide à 100% et lui a accordé une rente entière dès le 1er juillet 1994.

15. Le 28 mai 2004, l'OCAI a ouvert une procédure de révision de la rente de l'assurée.

16. Le 1er juillet 2004, le Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a informé le Dr F_____, que les radiographies récemment effectuées montraient un glissement L5-S1 du 1er degré qui semblait avoir progressé depuis 1993. L'examen clinique montrait une statique dorso-lombaire encore normale avec une diminution de la mobilité ainsi que des douleurs plutôt latéralisées à gauche dans les mouvements d'inclinaison latérale. Compte tenu de l'échec des traitements conservateurs, une intervention chirurgicale lui semblait indiquée.

17. Dans son rapport intermédiaire adressé le 10 août 2004 à l'OCAI, le Dr F_____ a indiqué que les lombalgies s'étaient aggravées depuis fin 2003 et qu'elles influençaient négativement la capacité de travail de sa patiente. Le traitement suivi par l'assurée consistait alors en anti-inflammatoires non stéroïdiens et port du corset lombaire.

18. Dans son rapport adressé le 25 novembre 2004 à l'OCAI, le Dr H_____, spécialiste en néphrologie et médecine interne, a indiqué suivre l'assurée pour une microhématurie isolée ainsi qu'une élévation des facteurs antinucléaires sans signification. Ces diagnostics n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de l'assurée.

19. Dans son avis du 9 décembre 2004, la Dresse I_____, médecin auprès du SMR Léman, a émis l'opinion que l'octroi d'une rente entière depuis 1994 pour lombalgies et spondylosithésis de degré I, lui paraissait sinon aberrant, du moins très peu étayé, dans la mesure où les conclusions du stage avaient prédominé sur l'exigibilité posée par les médecins. Elle a précisé que, depuis lors, il y avait eu objectivement une aggravation étant donné que le spondylolisthésis avait augmenté et qu'une spondylodèse était envisagée.

20. L'OCAI a alors décidé de soumettre l'assurée à une expertise médicale.

21. En date du 27 juillet 2005, le Dr J_____, médecin auprès du SMR Léman, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a rendu son rapport. Il a retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, des cervico-dorso-lombo-sciatalgies gauches chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec spondylolisthésis de L5 sur S1 de degré I sur spondylolyse bilatérale. Il a noté des troubles statiques du rachis ainsi qu'une mobilité lombaire et cervicale réduite. Il a cependant relevé la présence de signes de Waddel positifs, laissant suspecter la possibilité d'un syndrome d'amplification des troubles. Il a expliqué que les radiographies avaient mis en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis, lesquels avaient eu un peu tendance à s'aggraver entre 1993 et 2004. Par contre, le spondylolisthésis L5/S1 sur spondylolyse bilatérale ne s'était que discrètement aggravé et restait de degré I. Selon lui, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de

soulèvement régulier de charges excédant 5 kg, pas de port de charges excédant 12 kg et pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. La capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre était nulle. Par contre, dans une activité adaptée, tenant compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail était entière depuis juillet 1993.

22. Invitée à se déterminer sur le rapport du Dr J_____, la Dresse I_____, médecin auprès du SMR Léman, a relevé en date du 2 août 2005, que l'expertise avait conclu à une légère progression des troubles dégénératifs rachidiens et à l'absence de changement de stade du spondylolisthésis, ce dernier étant toujours de niveau I. Elle a souligné que les conclusions du Dr J_____ confirmaient que dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, l'assurée avait encore une pleine capacité de travail, comme cela était déjà le cas lors du dépôt de sa demande de prestations.

23. Par décision du 29 septembre 2005, l'OCAI a supprimé le versement de la rente dès le premier jour du 2ème mois suivant la notification de la décision. Il a expliqué que la décision du 22 novembre 1996 était manifestement erronée. Selon l'OCAI, le dossier n'avait, à l'époque, pas été suffisamment instruit. Or, l'exercice d'activités sérielles dans l'industrie légère permettait à l'assurée de rétablir sa capacité de gain initiale et ce, de manière à exclure tout droit à une rente. L'effet suspensif d'une éventuelle opposition à la décision a par ailleurs été retiré.

24. L'assurée a formé opposition à cette décision par écriture datée du 28 octobre 2005. Selon elle, son dossier avait, à l'époque, été suffisamment instruit par l'OCAI. Elle a relevé notamment que tous les avis médicaux antérieurs à la décision du 22 novembre 1996 faisaient état de douleurs lombalgiques aiguës. Elle a rappelé que le Dr G_____ avait alors retenu que le syndrome douloureux chronique l'empêchait d'adopter une quelconque position compatible avec une activité manuelle ou une activité dans le secteur tertiaire. Le CIP avait, quant à lui, confirmé que son handicap physique était inconciliable avec une quelconque activité. Selon l'assurée, même si l'appréciation médicale du cas était critiquable, cela ne permettait cependant pas pour autant de qualifier la décision initiale de manifestement erronée. Enfin, l'aggravation de son état de santé justifiait le maintien de la rente entière. L'assurée a conclu à l'annulation de la décision du 29 septembre 2005 et au versement d'une rente entière.

25. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit un certificat établi le 24 octobre 2005 par son médecin-traitant, le Dr F_____. Ce dernier a expliqué que l'assurée avait pu obtenir une rente entière étant donné qu'il paraissait difficile de lui trouver un travail adapté à ses limitations fonctionnelles. Selon lui, il persistait toujours une limitation de la capacité fonctionnelle dans l'activité de femme de chambre en raison de la discopathie sévère L5-S1. Il a précisé que les douleurs de sa patiente pouvaient s'aggraver en cas de position debout prolongée et

ce, déjà après 10 à 15 minutes. Tel était également le cas, dans le même laps de temps, en position assise, ainsi que lors des mouvements de flexion répétés et les rotations du tronc, cela même en l'absence de port de charges. Selon lui, dans une activité adaptée, la capacité de travail serait au maximum de 50%.

26. Le 25 octobre 2005, l'assurée s'est inscrite au chômage, en qualité de demanderesse d'un emploi de concierge à 50%. Elle a produit un certificat médical établi par le Dr F_____ attestant d'une capacité de travail de 50% dès le 1er décembre 2005.

27. En date du 1er décembre 2005, l'OCAI a procédé au calcul du degré d'invalidité et estimé que l'assurée pourrait réaliser, dans une activité légère, un revenu annuel de l'ordre de 39'296.- fr. Comparant ce revenu à celui qu'elle aurait réalisé dans son ancienne activité et sans atteinte à la santé - soit 46'327.- fr. - l'OCAI a conclu à une perte de gain de 7'031.- fr., correspondant à un degré d'invalidité de 15,2%.

28. Par courrier du 20 décembre 2005, l'assurée a complété son opposition. Elle a fait valoir que le taux d'invalidité auquel avait abouti l'OCAI ne tenait compte ni de ses possibilités effectives de reprendre une activité professionnelle, ni des conclusions du rapport du CIP du 27 mars 1996. Elle a expliqué ne pouvoir travailler qu'au maximum à 50%, comme l'avait indiqué le Dr F_____ dans son rapport du 24 octobre 2005. Enfin, elle a sollicité une expertise médicale.

29. Par décision sur opposition du 13 février 2006, l'OCAI a rejeté préalablement la requête de mise en œuvre d'une expertise médicale supplémentaire et confirmé sa décision de reconsidération.

30. L'assurée a interjeté recours en date du 15 mars 2006 en reprenant en substance les arguments invoqués dans la procédure sur opposition. Elle explique que l'OCAI s'est fondé uniquement sur le rapport du Dr J_____, sans tenir compte ni des avis médicaux antérieurs, ni du rapport du CIP, ni des possibilités effectives relatives à la reprise d'une activité professionnelle. Elle s'estime incapable de travailler à plein temps, même dans une activité adaptée. Elle relève que, de tous les médecins consultés, seul le Dr J_____ a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Selon elle, l'appréciation médicale de son cas, faite à l'époque n'est pas critiquable et même si elle l'était, cela ne justifierait pas une reconsidération. Elle conclut préalablement à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée et principalement à l'annulation de la décision du 29 septembre 2005 ainsi qu'au versement d'une rente d'invalidité.

31. Invité à se déterminer, l'intimé a, par courrier du 20 mars 2006, conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 13 février 2006, en se référant aux motifs indiqués dans ladite décision. Il a par ailleurs produit le dossier de la recourante.

32. Dans sa réplique datée du 10 avril 2006, la recourante a rappelé ses arguments et persisté dans ses conclusions.

33. Après transmission de cette écriture à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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 la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. La décision sur opposition litigieuse, du 13 février 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit éventuel à une rente d'invalidité, né au plus tôt en 1994 (art. 29 al. 1 let. b LAI), est régi par les dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe.

   En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 343 consid. 3.4; ATFA non publié du 13 juillet 2006, cause I 406/05 consid. 2).

   En revanche, 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou

introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

4. Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est recevable en vertu des art. 56 ss LPGA.

5. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a supprimé avec effet ex nunc la rente d'invalidité dont a bénéficié la recourante depuis le 1er juillet 1994.

6. Selon l'art. 4 LAI, en vigueur au moment où la rente a été octroyée initialement, 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

   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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2; 105 V 158 consid. 1).

   Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié du 6 mai 2003, I 762/02).

   En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

7. Selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 n° 28 p. 158 consid. 3c).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence permet que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision parait admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02 consid. 3.2 et les références).

Il y a lieu de préciser que l'on ne saurait faire abstraction des éléments qui ont conduit l'administration à allouer une rente comme si l'on devait statuer pour la première fois sur les droits de l'assuré et modifier sa situation juridique à la lumière exclusivement des nouvelles données médicales. En effet, de jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronées les décisions initiales (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04 consid. 3.3). Ainsi, le Tribunal fédéral des assurances a

jugé, dans un ATFA non publié du 13 août 2003, cause I 790/01, qu'une décision de rente était manifestement erronée lorsqu'elle découlait d'une instruction lacunaire. En l'occurrence, l'Office de l'assurance-invalidité, en présence d'avis médicaux contradictoires, s'était contenté de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. En revanche, le TFA a estimé qu'il n'y avait pas eu d'instruction lacunaire ayant conduit à une décision manifestement erronée dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, cause I 703/02. L'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée.

8. En l'espèce, la décision du 22 novembre 1996 ne mentionne pas expressément les documents sur lesquels s'est fondé l'OCAI pour allouer une rente entière à la recourante. On peut néanmoins déduire de l'ensemble des pièces du dossier qu'il a essentiellement tenu compte de l'avis du CIP (rapport du 13 mars 1996), ainsi que de celui de la division de réadaptation professionnelle (rapport du 11 avril 1996) pour retenir que l'assurée avait une capacité de travail nulle dans toute activité, et lui reconnaître un degré d'invalidité de 100%.

   Pourtant, le dossier contenait également un rapport daté du 18 mars 1994 du médecin-traitant de la recourante, le Dr F_____, selon lequel l'intéressée avait, en dépit de son atteinte à la santé, une capacité de travail dans toute activité évitant les flexions-extensions répétées du tronc ainsi que le port de charges. Cette capacité pouvait d'ailleurs être améliorée par le port d'un corset. Or, les informations recueillies au cours d'un stage d'observation, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient supplanter l'avis dûment motivé d'un médecin (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

   Certes, le Dr G_____, médecin-conseil du CIP et spécialiste FMH en médecine interne, auquel s'est référé la division de réadaptation de l'OCAI dans son rapport du 11 avril 1996, a indiqué en date du 13 mars 1996 que les douleurs empêchaient la recourante d'adopter une quelconque position compatible avec une activité manuelle ou une activité dans le secteur tertiaire.

   Cela étant, le Tribunal de céans constate que cet avis médical, au demeurant très succinct, ne remplit pas les exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante. A ce propos, il suffira de relever que le Dr G_____ n'a motivé ses conclusions, ni par des examens qu'il aurait lui-même effectués, ni par référence à des rapports médicaux concernant l'assurée et qu'il aurait lus.

   Ainsi, ni les appréciations du CIP, ni celles du Dr G_____ n'étaient propres à remettre en cause l'évaluation faite le 18 mars 1994 par le Dr F_____ au terme de son examen.

D'ailleurs, les conclusions de l'expertise du 27 juillet 2005, effectuée par le Dr J_____, médecin auprès du SMR Léman, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, sont venues confirmer l'appréciation qu'avait alors faite le médecin traitant de la recourante le 18 mars 1994. L'expert a en effet constaté que, si l'activité de femme de ménage n'était certes plus exigible, la capacité de travail de l'assurée était néanmoins entière dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles, et ce depuis juillet 1993.

Par ailleurs, quand bien même les troubles statiques et dégénératifs du rachis ont eu un peu tendance à s'aggraver entre 1993 et 2004, la capacité de travail résiduelle de l'assurée est demeurée inchangée.

Le rapport du Dr J_____ repose sur une étude du dossier médical et radiologique. Il se fonde sur un examen clinique complet et prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante. Ce rapport a par ailleurs été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et a dûment motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes, de sorte que son rapport médical remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante.

En outre, l'appréciation du Dr F_____ du 24 octobre 2005 concernant la capacité de travail résiduelle actuelle de la recourante, n'a pas jeté le doute sur la pertinence des conclusions de l'expertise du 27 juillet 2005. Ainsi, le complément d'instruction médicale que la recourante requiert s'avère superflu.

Une appréciation correcte des pièces médicales, dont elle ne pouvait faire abstraction, aurait dû, à l'époque, conduire l'administration à retenir que la recourante était apte à exercer à plein temps une activité adaptée à son handicap avant de procéder à une comparaison des revenus conformément aux règles alors applicables. En retenant une incapacité de travail totale dans toute activité alors que le dossier ne contenait aucun élément médical probant à ce sujet, l'administration s'est écartée, sans motifs sérieux, des conclusions du Dr F_____. C'est dire que l'OCAI n'a pas recherché à savoir, comme il aurait dû le faire (art. 28 al. 2 LAI), si des mesures d'ordre professionnel étaient vraiment illusoires chez une assurée alors âgée de 39 ans. A la lumière de ce qui précède, l'appréciation médicale effectuée à l'époque par l'intimé était manifestement erronée.

9. Dans ces circonstances, il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité de la recourante, selon la méthode applicable aux assurés actifs et compte tenu d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

Pour les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison de revenus: on compare le salaire que l'invalide pourrait obtenir en

exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui - après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail - à celui qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison doit en règle générale se faire de telle manière que les deux revenus hypothétiques soient chiffrés le plus exactement possible et mis en parallèle, leur différence permettant de déterminer le degré d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1; 104 V 136 consid. 2a et 2b). Si leur montant ne peut être déterminé avec précision, il conviendra de les évaluer selon les éléments connus dans le cas particulier et de comparer entre elles les valeurs approximatives ainsi retenues (VSI 2000 84 consid. 1b; VSI 2000 316 consid. 1a).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus les rapports existant au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente.

En l'occurrence, l'intimé a procédé à la comparaison des revenus en se fondant sur des données économiques relatives à l'année 2004. Il aurait toutefois dû examiner le cas en fonction de la situation qui prévalait au moment de l'éventuelle survenance de l'invalidité (ATF 129 V 222; art. 29 al. 1 LAI), puisqu'il s'agit de déterminer si le degré d'invalidité retenu par l'intimé dans sa première décision, qu'il entend à présent reconsidérer, était manifestement erroné ou non (ATFA non publié du 21 février 2005, I.161/2003, consid. 6).

a) Le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu obtenir sans atteinte à sa santé doit être déterminé aussi concrètement que possible, de sorte qu'il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant son invalidité. Il convient dès lors de se baser sur les indications fournies par le dernier employeur (VSI 2000 p. 308 consid. 3a). Ce revenu est adapté à l'évolution des salaires nominaux de la branche d'activité à la date déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (VSI 2000 p. 313 consid. 2c).

En l'espèce, il ressort du questionnaire rempli en date du 18 février 1994, par le dernier employeur, soit l'HÔTEL Y_____, que la recourante aurait perçu, en 1994, un salaire mensuel brut de 2'875.- fr., ce qui représente un revenu annuel brut de 37'375.- fr. (13ème salaire compris). C'est ce montant qu'il convient de retenir à titre de revenu sans invalidité.

b) Si l'assuré n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent de l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). Est déterminante la valeur centrale (médiane) de la statistique des salaires bruts standardisés (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb; VSI 1999 p. 182). A noter encore qu'il y a lieu de tenir compte de

l'ensemble des secteurs de la production et des services et de ne pas se limiter aux données statistiques d'un seul secteur économique (ATF 126 V 81 consid. 7a).

Comme l'a récemment rappelé le Tribunal fédéral des assurances (ATFA non publié du 3 mai 2006, I. 512/2005, consid. 5.3), pour tenir compte du fait que les assurés n'étaient plus aptes à exécuter, comme auparavant, des travaux lourds et que, même pour des travaux légers, leurs possibilités de réaliser un gain se situant dans la moyenne étaient forcément diminuées, la jurisprudence procédait alors à des réductions oscillant entre 25% (ATFA non publié du 26 août 1988, U 57/87; ATFA non publié du 28 juillet 1993, I 249/92); 30% (ATFA non publié du 2 septembre 1993, I 332/92) et 33 1/3% (ATFA non publié du 17 janvier 1994, U 80/93).

En l'espèce, le salaire mensuel brut (valeur centrale) tel qu'il résulte de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 1994 pour des activités simples et répétitives dans les secteurs privés de la production et des services s'élevait, pour les femmes, à 3'325.- fr, part au 13ème salaire comprise (TA1.1.1, ESS 1994). Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 1994, soit 41.9 heures (La Vie économique 11-2004, tableau B 9.2), on obtient un salaire de 3'482 fr. 95 par mois (3'325.- fr. x 41.9 heures : 40 heures), c'est-à-dire de 41'795 fr. 25 par an.

Il convient de préciser que compte tenu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services énumérés dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires, un certain nombre d'entre elles sont nécessairement légères et sont donc adaptées aux problèmes physiques de la recourante tels qu'ils ont été décrits par les Drs F_____ et J_____, dans leurs rapports datés respectivement des 18 mars 1994 et 27 juillet 2005 (cf. Plädoyer, 2002/6 p. 64 consid. 4b; SVR 2002 IV n° 24 p. 76 consid. 3).

En l'espèce, la recourante, née en 1957, ne présente aucune limitation liée à l'âge, aux années de service ou au taux d'occupation. La réduction maximale possible de 33 1/3% ne se justifie par conséquent pas. Une réduction de 25%, soit la réduction la plus basse admise à l'époque, ne tiendrait cependant pas suffisamment compte des limitations liées à la nationalité et au handicap de la recourante. Une réduction de 30% apparaît ainsi globalement justifiée. Compte tenu de cet abattement, le revenu annuel d'invalide doit être fixé à 29'256 fr. 65.

En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité (37'375.- fr), on obtient une perte de gain de 8'118 fr. 35 (37'375.- - 29'256.65), correspondant à un degré d'invalidité de 22% (8'118.35 : 37'375 x 100), lequel est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Il convient de relever par ailleurs que, quand bien même l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis 2003, cette péjoration n'a pas eu de répercussion sur sa capacité résiduelle de travail. Le degré d'invalidité

que présente la recourante est par conséquent demeuré inchangé et ce, depuis 1993 jusqu'à la date de la décision sur opposition querellée.

10. Il en résulte qu'en retenant un taux d'invalidité de 100%, la décision initiale du 22 novembre 1996 est, dans son résultat, également manifestement erronée. Comme sa rectification revêt une importance notable dès lors que le droit à la rente aurait dû être nié, toutes les conditions permettant de procéder à une reconsidération sont réalisées.

11. Le Tribunal de céans constate cependant que le taux d'invalidité, présenté par la recourante depuis 1993, est supérieur au seuil de 20% à partir duquel une perte de gain durable dans une activité exigible ouvre droit aux mesures de reclassement professionnel (ATF 124 V 110, consid. 1b et les références). La recourante a par conséquent droit à des mesures de reclassement, qui lui permettront de déterminer plus précisément et concrètement quelles sont les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et l'aideront à réintégrer le monde du travail.

    Il conviendra donc de renvoyer la cause à l'OCAI afin qu'il détermine la mesure de reclassement la plus adaptée à la recourante.

12. Dans cette mesure, le recours est très partiellement admis. La décision sur opposition du 13 février 2006 est en revanche confirmée en tant qu'elle rejette la mise en œuvre d'une expertise médicale et supprime la rente d'invalidité.

13. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de 1'000.- fr. à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

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 au sens des considérants.

3. Annule la décision sur opposition de l'OCAI du 13 février 2006 en tant qu'elle constate que le taux d'invalidité de la recourante s'élève à 15%.

4. La confirme pour le surplus.

5. Constate que la recourante a droit à des mesures de reclassement professionnel.

6. Renvoie le dossier à l'intimé afin que ce dernier détermine quelle mesure est la plus appropriée.

7. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000.- fr. à titre de dépens.

8. 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

La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe