

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3154/2015

ATAS/537/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS, représentée par ASSUAS Association suisse des assurés recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1958, mariée, mère de trois enfants nés en 1982 et 1984 d'un premier mariage, travaillait à plein temps depuis février 2000 en qualité de commise administrative au service B_____. Elle souffre de multiples atteintes à la colonne vertébrale depuis le 23 novembre 2000 qui ont entraîné, depuis cette date, des incapacités de travail de 100%, 50%, 25%, puis à nouveau 100%.
2. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en date du 17 octobre 2001.
3. Dans un rapport du 17 octobre 2002 à l'OAI, le docteur C_____, généraliste FMH, médecin traitant, a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée en raison d'une spondylolisthésis L5-S1 avec conflit radiculaire L5 gauche. La capacité de travail médicalement exigible était nulle dans l'activité habituelle de commise administrative et dans toute autre activité, ce à compter du 24 octobre 2002. Une intervention chirurgicale était prévue le lendemain. La question de l'exigibilité d'une éventuelle reprise du travail devait faire l'objet d'un examen trois à six mois après l'opération.
4. Par décision du 11 mars 2003, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé une rente entière d'invalidité à l'assurée, dès le 1^{er} mars 2003, correspondant à un degré d'invalidité de 100%.
5. Par décision du 8 avril 2003, l'OAI, statuant sur la période rétroactive, lui a octroyé une demi-rente d'invalidité pour cas pénible (degré d'invalidité inférieur à 50%) pour la période du 1^{er} décembre 2001 au 31 mars 2002, une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50% pour la période du 1^{er} avril 2002 au 30 septembre 2002, puis une rente entière d'invalidité du 1^{er} octobre 2002 au 28 février 2003, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.
6. Dans le cadre de la première révision de la rente, initiée par l'OAI en novembre 2003, le docteur D_____, neurochirurgien FMH, a indiqué en date du 15 décembre 2003 que l'assurée avait subi une spondylodèse L5-S1 le 25 octobre 2002. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 6 septembre 2002. Son état était stationnaire et, en l'état des choses, elle ne pouvait reprendre de travail « avec une activité physique quelconque ». Pour sa part, le Dr C_____ a mentionné le 8 janvier 2004 qu'une aggravation de l'état de santé était intervenue autour du 25 janvier 2003. Depuis le 24 octobre 2002, la capacité de travail était nulle dans toute activité.

Dans un rapport à l'attention de l'OAI du 24 février 2004, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent, sévère sans caractéristiques psychotiques d'évolution chronique, d'une anxiété généralisée et d'une personnalité dépendante, dont les premières manifestations remontaient à 1992. L'assurée était en traitement depuis le 24 juillet 2002. Il avait prescrit un traitement antidépresseur et une thérapie

cognitivo-comportementale. Le pronostic était défavorable. Dans le questionnaire complémentaire pour troubles psychiques, le psychiatre indiquait que l'incapacité de travail était de 100%.

7. Par communication du 4 mars 2004, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné son degré d'invalidité et constaté que celui-ci n'avait pas changé au point d'influencer le droit à la rente. Elle continuerait donc à bénéficier de la même rente, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.
8. Au fil de deux nouvelles révisions intervenues en 2008 et 2011, l'OAI, après avoir recueilli les renseignements médicaux auprès du Dr C_____ (lequel a fait état dans son rapport du 17 juin 2008 d'une aggravation survenue fin 2002 – début 2003), a maintenu le droit de l'assurée à une rente entière (communications des 24 juin 2008 et 6 septembre 2011). Dans le cadre de ces révisions, l'OAI s'est notamment procuré un extrait du compte individuel AVS de l'assurée. Selon ce document, daté du 3 mai 2011, l'assurée réalisait depuis décembre 2007 des revenus auprès de F_____ SA (CHF 2'539.- en décembre 2007, CHF 30'386.- en 2008 et CHF 22'938.- en 2009 ; cf. document OAI 56, p. 1 du 31 mai 2011).
9. En mars 2013, l'OAI a mis en œuvre une nouvelle procédure de révision. Il a recueilli un extrait des comptes individuels AVS de l'assurée, daté du 18 mars 2013, qui récapitule les gains réalisés par l'assurée auprès de la F_____ SA (ci-après : F_____ ou l'employeur) de décembre 2007 à décembre 2011.
10. Le 30 mars 2013, l'assurée a complété un questionnaire pour la révision de la rente, indiquant que son état de santé était toujours le même, avec une mobilité très douloureuse par moments. Elle travaillait en qualité d'employée de commerce auprès de F_____ « quelques heures par semaine ». Le revenu tiré de cette activité s'élevait à CHF 1'900.- par mois, soit CHF 24'700.- par an, treizième salaire inclus.
11. Après avoir été invitée par l'OAI à donner des renseignements sur cette activité lucrative, l'assurée a produit, le 7 mai 2013, une attestation de l'employeur datée du 19 avril 2013. Il en ressort qu'elle était employée au département « back-office » à 30%, au bénéfice d'un contrat de durée déterminée, renouvelable tacitement de mois en mois par les parties. Travaillant douze heures par semaine, elle bénéficiait de trente jours de vacances annuelles, prorata temporis. Actuellement, son salaire mensuel s'élevait à CHF 2'000.- brut, versé treize fois par an.
12. Dans un rapport du 3 mai 2013, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics.
13. Le 4 juin 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis 2012 en raison de l'apparition d'une tendinopathie d'Achille bilatérale, synonyme de réduction du périmètre de marche. Une reprise du travail n'était pas possible, l'assurée n'étant pas en mesure de maintenir sa position de travail – assise ou debout.

-
14. Le 26 août 2013, le docteur H_____, médecin SMR, a estimé qu'il était difficile de faire la part des choses entre la capacité de travail médicalement exigible et les impératifs d'ordre financier. Pour connaître l'évolution de l'état de santé de l'assurée depuis l'octroi de la rente et déterminer si elle travaillait au-dessus de ses forces, il était nécessaire de diligenter une expertise rhumatologique auprès du docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie.
15. En date du 4 octobre 2013, suite à l'invalidité de l'époux de l'assurée, l'OAI a notifié à l'assurée une décision d'octroi d'une rente entière simple d'invalidité plafonnée, depuis le 1^{er} novembre 2012.
16. Le Dr I_____ a rendu son rapport d'expertise le 14 janvier 2014. Après avoir reçu l'assurée en consultation le 10 janvier 2014, l'expert a retracé son anamnèse, recueilli ses plaintes et posé les diagnostics (avec répercussion sur la capacité de travail) suivants :
- lombalgies chroniques avec irradiation algique dans le membre inférieur gauche
 - status après spondylodèse L5-S1 le 25 octobre 2002 par cages Varlock, en raison d'un spondylolisthésis de grade I L5-S1 consécutif à une lyse isthmique bilatérale de L5
 - tendinopathies chroniques d'Achille bilatérales, prédominant à gauche, dans le contexte de pieds creux de stade III.

Depuis l'atteinte à la santé survenu en novembre 2000, l'évolution avait été transitoirement favorable sous traitement conservateur notamment après utilisation d'un corset BOB (Boston Overlap Brace / Corset de maintien lombo-sacré). Puis, suite à la spondylodèse réalisée en octobre 2002, l'assurée avait présenté à nouveau une légère amélioration transitoire des symptômes puis finalement une détérioration du tableau clinique avec la persistance de lombalgies et de douleurs dans le membre inférieur gauche. Subséquemment, elle avait encore manifesté, en tout cas depuis l'année 2013, des tendinopathies achilléennes bilatérales évoluant sur un mode chronique prédominant à gauche. En somme, depuis octobre 2002, date à laquelle rétroagissait son droit à une rente entière, l'assurée n'avait pas connu d'amélioration de son état de santé d'un point de vue somatique.

À l'heure actuelle, la capacité de travail exigible dans son activité habituelle d'employée de commerce était de 0%, ce depuis octobre 2002. En revanche, dans une activité légère, sans port de charges, qui autoriserait des alternances de positions régulièrement, toutes les dix à quinze minutes, sans efforts de marche, on pouvait estimer que la capacité de travail exigible s'élevait à 30% au maximum en tenant compte d'une baisse de rendement dues aux atteintes tant rachidienne qu'achilléenne.

17. À l'examen des conclusions du Dr I_____, le Dr H_____ a estimé le 13 février 2014, qu'à l'évidence, il n'y avait pas eu d'amélioration de l'état de santé de l'assurée et qu'il fallait s'en tenir aux conclusions précédentes du SMR. La capacité

de travail était nulle dans l'activité d'employée de commerce et de 30 % dans une activité strictement adaptée.

18. Le 23 janvier 2015, l'assurée a informé l'OAI qu'elle travaillait toujours auprès de F_____. Rien n'avait changé, si ce n'est qu'elle prenait « plus de congés » et qu'elle se déplaçait plus difficilement.
19. Dans une note de travail datée du 24 février 2015, l'OAI a observé que l'assurée avait attendu mars 2013 pour l'informer de la reprise d'une activité professionnelle en décembre 2007. Même s'il n'y avait pas modification de la capacité de travail médicalement exigible, il n'en demeurait pas moins que l'assurée avait repris une activité professionnelle en décembre 2007, sans l'annoncer à l'OAI, avec des revenus non négligeables (CHF 2'000.- bruts versés en treize mensualités, soit CHF 26'000.- par an).

Avant son atteinte à la santé, l'assurée travaillait en tant que commise administrative au service des automobiles et de la navigation. Selon le rapport de l'employeur du 11 décembre 2001, le revenu annuel brut en 2001 était de CHF 63'073.-. Selon le questionnaire servant à contrôler l'incapacité de gain du 22 novembre 2002, le revenu mensuel de l'assurée était de CHF 5'740.-, soit CHF 68'880.- par an. À teneur de l'extrait du compte individuel pour l'année 2002, le revenu annuel soumis à cotisations s'élevait à CHF 69'109.-. C'est ce montant qu'il convenait de retenir pour le calcul. Indexé à 2008 selon l'indice suisse des salaires nominaux (ISS), le revenu hypothétique sans invalidité s'élevait ainsi à CHF 75'219.- et le degré d'invalidité à 65.43%, en application de la formule suivante : $(75'219 - 26'000) \times 100 / 75'219$.

20. Par projet de décision du 24 avril 2015, l'OAI a informé l'assurée de la diminution de sa rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2008, motif pris qu'elle avait repris une activité professionnelle depuis décembre 2007 sans l'en informer, violant de ce fait l'obligation de renseigner. Au plus tard en février 2008, elle présentait une amélioration durable de sa capacité de gain, d'au moins trois mois. Ainsi, dès le 1^{er} mars 2008, son degré d'invalidité était diminué à 65%.
21. Entendue, à sa demande, le 26 mai 2015 par l'OAI, l'assurée a indiqué qu'elle avait appelé l'office qui lui aurait dit qu'elle n'avait pas besoin d'annoncer un revenu inférieur à CHF 2'000.-. Elle avait beaucoup de frais médicaux et de charges. Elle avait donc dû reprendre une activité professionnelle malgré ses douleurs quotidiennes. Il lui fallait un jour pour récupérer après quelques heures de travail. Si elle n'avait pas besoin de travailler pour vivre, elle arrêterait car elle souffrait beaucoup trop.

Estimant que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI était inférieur à celui réellement perçu, l'assurée a produit une fiche de salaire afférente au mois de février 2003. Il en ressort qu'elle avait touché un revenu brut de CHF 5'952.10 pour son activité de commise administrative auprès du service des automobiles et de la navigation.

En l'état, elle était dans l'impossibilité de rembourser la différence entre un trois quarts de rente et une rente entière. De plus, elle pensait devoir diminuer son temps de travail en raison de son état de santé. Actuellement, elle n'avait pas de deuxième pilier ni d'assurance perte de gain. Si elle tombait malade ou avait un accident, elle perdait son salaire.

22. Le 18 juin 2015, l'assurée a produit une attestation de F_____ datée du 16 juin 2015, indiquant que le taux d'activité actuel de 30% serait réduit à 25% dès le 1^{er} juillet 2015, avec un salaire mensuel de CHF 1'667.- brut à la clé, versé treize fois l'an.
23. Le 25 juin 2015, l'OAI s'est référé au courrier de l'assurée du 18 juin 2015. Le délai de trente jours pour faire part de ses observations au sujet du projet de décision du 24 avril 2015 était échu. Indépendamment de cela, elle n'apportait aucun élément médical susceptible de modifier les conclusions de l'OAI. En effet, le lien de causalité entre la réduction du taux d'activité et l'état de santé n'était pas démontré. Une fois la décision notifiée par la caisse compétente (sic), elle aurait la possibilité d'interjeter recours auprès de la chambre de céans.
24. Par communication du 30 juin 2015 à l'attention de la caisse cantonale genevoise de compensation, l'OAI a annulé et remplacé son prononcé du 24 avril 2015, précisant que la diminution rétroactive de la rente prenait effet non pas au 1^{er} mars 2008, date de la diminution du degré d'invalidité à 65%, mais au 1^{er} avril 2010. En d'autres termes, la rétroactivité était limitée à cinq ans à compter du projet de décision du 24 avril 2015.
25. Le 30 juin 2015, l'assurée a fait valoir qu'on ne lui avait jamais demandé de produire une nouvelle attestation à l'appui de la réduction du temps de travail prévue à partir du 1^{er} juillet 2015. L'OAI pouvait adresser au Dr C_____ « une demande de révision ». Si elle diminuait son temps de travail, c'était bien parce que ses douleurs étaient de plus en plus fortes.
26. Le 2 juillet 2015, l'OAI a répondu à l'assurée que suite à son audition du 26 mai 2015, elle avait eu la possibilité de faire parvenir des éléments médicaux nouveaux dans le délai imparti. Il n'incombait pas à l'OAI mais à elle-même de prendre contact avec le Dr C_____ ou tout autre médecin et de fournir de tels éléments.
27. Par décision du 9 juillet 2015, l'OAI a réduit la rente d'invalidité de l'assurée à trois-quarts de rente avec effet rétroactif au 1^{er} juillet 2010 et lui a réclamé la restitution de CHF 27'560.-, correspondant au trop-perçu pour la période de juillet 2010 à juillet 2015.

L'OAI a motivé sa décision par le fait que l'assurée avait repris une activité lucrative en décembre 2007. Après comparaison des gains, la perte économique était de 65%, ouvrant droit à trois-quarts de rente rétroactivement au 1^{er} mars 2008, l'assurée n'ayant pas respecté son obligation de renseigner.

28. Le 14 septembre 2015, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours à l'encontre de la décision du 9 juillet 2015, reçue le 13 juillet 2015, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au maintien d'une rente d'invalidité entière. Elle a rappelé qu'au moment de reprendre une activité fin 2007, elle avait téléphoné à l'intimé ; ce dernier lui avait alors répondu qu'elle n'avait pas besoin d'annoncer un revenu inférieur à CHF 2000.-. Elle a également indiqué à l'intimé qu'elle avait dû reprendre une activité malgré ses douleurs quotidiennes, en raison des nombreux frais médicaux et charges à assumer. La recourante a produit un rapport du Dr G_____, du 13 août 2015, aux termes duquel il la soignait depuis 1995-1996 pour de « multiples bobos divers et variés » – dont les derniers étaient essentiellement des tendinites récurrentes – situés à divers endroits de son anatomie. Il retenait le diagnostic de status après spondylodèse lombaire L5-S1 en 2002 ainsi qu'une persistance de douleurs de type mécanique et inflammatoire. L'état de santé et l'indépendance fonctionnelle s'aggravaient progressivement. Du fait de ses affections, la recourante présentait essentiellement une limitation et une diminution de son périmètre de marche. En outre, une station immobile prolongée était impossible, que ce soit assise ou debout. La capacité de travail actuelle de la recourante était de 25% en tant que « secrétaire comptable dans une banque ». Le pronostic sur l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail était défavorable.

La recourante a contesté le calcul du degré d'invalidité. Il résultait du dossier que depuis le 1^{er} juillet 2015, elle présentait une capacité de gain réduite à 25% dans une activité adaptée. Son revenu avec invalidité s'élevait donc à CHF 1'667.- bruts par mois, treize fois l'an, soit à CHF 21'671.- et non à CHF 26'000.- comme le soutenait l'intimé. De même, pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2012, son revenu avec invalidité s'élevait à CHF 1'900.- bruts par mois, treize fois l'an, et donc à CHF 24'700.-. Pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2015, il s'élevait effectivement à CHF 2'000.- par mois et donc à un montant annualisé de CHF 26'000.-. Quant au revenu sans invalidité, il ressortait notamment de la fiche de salaire de février 2003 et de l'avis de situation de l'office du personnel de l'état, du 10 février 2013 (cf. pièces 2 et 3 recourante), qu'elle aurait réalisé un salaire annuel d'au moins CHF 76'700.- (CHF 5'900.- x 13) si elle n'avait pas été invalide et avait pu continuer à exercer son emploi de commise administrative au service des automobiles et de la navigation.

En tenant compte des montants corrigés, la méthode de comparaison des revenus révélait un taux d'invalidité supérieur aux 65% retenus à tort par l'intimé. Dès le 1^{er} juillet 2015, il était même de 70%, ouvrant droit à une rente entière

29. Le 15 octobre 2015, l'OAI a transmis à la chambre de céans, comme objet de sa compétence, un courrier que la recourante lui avait adressé le 5 octobre 2015. La recourante expliquait avoir eu une discussion avec son médecin, le Dr C_____, et avait une proposition à soumettre à l'intimé, car son état de santé se dégradait de plus en plus. Ce médecin souhaitait qu'elle puisse se rendre à la clinique de

réadaptation de Sion (CRR) afin que cet établissement propose une solution qui permette de maintenir une petite activité professionnelle. Depuis juillet 2015, son taux avait diminué à 25%, mais dans un proche avenir, elle ne pourrait plus se déplacer correctement. Elle demandait s'il était possible d'effectuer une consultation ou une hospitalisation à la CRR afin d'évaluer, par une expertise, un traitement ainsi qu'une éventuelle réadaptation.

30. Dans sa réponse du 3 novembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant du revenu sans invalidité, c'était de manière correcte qu'il ne s'était pas fondé sur ce que la recourante aurait pu gagner dans la meilleure des hypothèses. Étant donné qu'il y avait lieu de procéder à un rassemblement des comptes individuels, en particulier lorsque le revenu n'était pas établi de manière transparente, et qu'il convenait de se baser sur le revenu moyen réalisé pendant une période assez longue lorsque les revenus étaient soumis à des fluctuations très importantes à relativement court terme, c'était à juste titre qu'il s'était fondé sur les montants apparaissant sur les comptes individuels de la recourante pour l'année 2002.

Quant au revenu avec invalidité, il ressortait de l'expertise du Dr I_____ que la recourante présentait une capacité de travail de 30% dans une activité adaptée, soit sans port de charges de plus de 5 kg, permettant l'alternance des positions assise et debout chaque quinze minutes, sans effort de marche et sans position de porte-à-faux avec le buste. Il ressortait de cette même expertise que la recourante travaillait comme aide de bureau et que cette activité était adaptée à ses limitations fonctionnelles. Comme on pouvait présumer que le salaire obtenu auprès de F_____ correspondait au travail fourni, il ne s'agissait pas d'un salaire dit social. De plus, les rapports de travail pouvaient être considérés comme stables. C'était donc à juste titre qu'il s'était basé sur le revenu effectivement réalisé (CHF 26'000.-), ce d'autant que les comptes individuels faisaient état d'un revenu moyen de CHF 29'133.- sur les six dernières années. Par ailleurs, l'administration ou le juge ne pouvaient pas se fonder simplement sur le travail que la recourante avait fourni ou s'estimait elle-même capable de fournir depuis le début de l'incapacité de travail, ceci afin d'éviter qu'elle ne fût tentée d'influencer à son profit le degré de son invalidité.

31. La recourante, par réplique du 7 décembre 2015, a relevé que c'était à tort que l'intimé avait procédé à un rassemblement des comptes individuels et fixé son revenu sans invalidité à CHF 75'219.- en 2008 au lieu de s'en tenir à la règle générale selon laquelle il convenait de se référer au dernier salaire obtenu avant l'atteinte à la santé tout en tenant compte de l'évolution des salaires. En l'espèce, les exceptions à ce principe n'étaient pas réalisées. En effet, son revenu n'avait pas subi de fluctuations très importantes à relativement court terme avant son invalidité. Ainsi, l'intimé aurait dû déterminer son revenu sans invalidité en se basant sur le montant des derniers salaires perçus en 2003, les annualiser et les indexer à 2008.

S'agissant du revenu d'invalidé, il convenait d'avoir à l'esprit qu'en décembre 2007, elle n'avait pas repris d'activité lucrative suite à une amélioration de son état de santé, mais pour des raisons purement économiques. En effet, suite à la faillite de son mari, de condition indépendante, la situation économique du couple était devenue précaire, de sorte qu'elle n'avait pas eu d'autre solution que de reprendre une activité lucrative malgré ses importantes limitations. Enfin, il y avait lieu de rappeler également que depuis le 1^{er} juillet 2015, elle avait réduit son taux d'occupation à 25% suite à une nouvelle dégradation de son état de santé, étant souligné que ce taux serait même moindre si son employeur ne lui permettait pas d'aménager son temps de travail en fonction de ses limitations.

32. Par duplique du 11 janvier 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions, faisant valoir que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité pouvait motiver une révision. La rente pouvait être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci était resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain avaient subi un changement important. On pouvait citer comme exemple de révision la reprise d'une activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidé, ou encore l'accroissement ou la diminution du revenu d'une personne valide.
33. Le 15 janvier 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

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 - 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a),

entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche 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; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

4. Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable via le renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3 LPGA).

Suite à la réception de la décision sur opposition le 13 juillet 2015, le délai de recours a commencé à courir le lendemain avant d'être suspendu du 15 juillet au 15 août 2015. Ayant repris son cours le 16 août 2015, il est arrivé à échéance le dimanche 13 septembre 2015. Posté le lundi 14 septembre 2015, le recours a été interjeté en temps utile. Respectant également les formes prescrites par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé est en droit de réduire la rente entière d'invalidité de la recourante à trois-quarts de rente avec effet rétroactif et, le cas échéant, à lui réclamer la restitution du montant de CHF 27'560.- correspondant à la différence entre les rentes déjà versées et les rentes dues pour la période du 1^{er} juillet 2010 à juillet 2015.
6. a. Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, une appréciation différente d'un même état de fait, n'est pas suffisante pour fonder une révision du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 419/03 du 22 octobre 2003 consid. 4 ; RCC 1985 p. 333 consid. 2c)-

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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'art. 31 al. 1 LAI prévoit toutefois que lorsqu'un assuré ayant droit à une rente perçoit un nouveau revenu ou que son revenu existant augmente, sa rente n'est révisée conformément à l'art. 17 al. 1 LPGa que si l'amélioration du revenu dépasse CHF 1'500.- par an. Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, l'art. 31 al. 2 LAI précise que seuls les deux tiers du montant dépassant le seuil de CHF 1'500.- sont pris en compte lors de la révision de la rente.

c. En vertu de l'art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre

Aux termes de l'art. 88^{bis} al. 2 let. b RAI, la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet 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. A teneur de cette disposition, l'ayant-droit doit communiquer immédiatement à l'OAI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

7. a. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

L'al. 2 de cette disposition précise que 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.

c. En vertu de l'art. 28a al. 1^{er} LAI, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. Cette dernière disposition prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

8. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

b. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au

niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329).

c. 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, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner 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 sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in 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 LPGA, 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 (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328).

d. D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

9. a. En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a).

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p.

240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11. En l'espèce, il convient en principe de comparer la situation au moment de la communication de prolongation de rente du 6 septembre 2011 – qui peut être assimilée à la dernière décision entrée en force si tant est qu'elle repose sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1 et les références) – avec celle prévalant au moment de la décision querellée afin d'apprécier le bien-fondé d'une éventuelle révision opérée en application de l'art. 17 LPGA. Toutefois, bien que la recourante n'ait informé l'intimé de la reprise d'une activité lucrative qu'en date du 30 mars 2013, il n'en reste pas moins que cette dernière a eu lieu le 1^{er} décembre 2007 et qu'une éventuelle diminution ou suppression de rente prend effet rétroactivement dans l'hypothèse d'une violation de l'obligation de renseigner au sens de l'art 77 RAI (art. 88bis al. 2 let. b RAI). Ainsi, il y lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient avant cette reprise – soit au moment de la communication du 4 mars 2004 – à la situation prévalant au moment de la décision querellée.

À l'appui de sa communication du 4 mars 2004 à la recourante, l'intimé s'était fondé essentiellement sur les rapports des Drs D_____ et C_____ pour conclure au maintien du droit à une rente entière d'invalidité. Outre le fait que l'état de santé de la recourante s'était aggravé vers le début de l'année 2003, sa capacité de travail était toujours nulle, et ce dans toute activité.

La décision querellée se fonde quant à elle, non pas sur une modification de la capacité de travail médicalement exigible, mais sur le constat de la reprise d'une activité lucrative en décembre 2007 et d'une amélioration durable de la capacité de gain fin février 2008, dont découle une diminution du degré d'invalidité à 65% dès le 1^{er} mars 2008. Ce n'est que dans ses écritures du 3 novembre 2015 et du 11 janvier 2016 que l'intimé se réfère au rapport d'expertise du 14 janvier 2014 du Dr I_____ pour soutenir que même si la recourante a réduit son taux d'activité auprès de F_____ de 30 à 25% le 1^{er} juillet 2015, le maintien d'une activité adaptée à 30% n'en reste pas moins exigible d'un point de vue médical. En conséquence, il s'impose d'examiner la valeur probante de l'expertise.

La chambre de céans relève en premier lieu que ce rapport repose sur une méconnaissance partielle des faits. Bien qu'il soit constant que la reprise d'une activité lucrative remonte au mois de décembre 2007, l'expert part du principe que

cette reprise ne s'est produite qu'au début de l'année 2013 (p. 9, premier paragraphe). En outre, les conclusions de l'expert ne convainquent pas. Après avoir considéré que l'état de santé de la recourante ne s'était pas amélioré depuis le début de la rente (p. 10, point 4), l'expert, sans remettre en question l'incapacité de travail totale de la recourante dans son ancienne profession d'employée de commerce, depuis octobre 2002, retient une capacité de travail de 30 % dans une activité adaptée. Toutefois, il n'explique nullement en quoi cette activité diffère de l'activité adaptée pour laquelle il retient une capacité de travail de 30% au maximum en tenant compte d'une baisse de rendement en raison de l'atteinte rachidienne et au niveau du tendon d'Achille gauche (p. 10, point 5.2). Il convient de rappeler qu'une appréciation différente d'un même état de fait ne constitue pas un motif de révision. La conclusion de l'expert apparaît manifestement taillée sur mesure pour l'activité exercée par la recourante à 30% au sein de F_____ puisque l'expert relève « qu'elle travaille dans une banque et qu'elle a réussi à trouver un arrangement pour faire juste quelques heures hebdomadaires de bureau [...] sans aucuns critères de rendement » (p. 5, avant-avant-dernier paragraphe). Or, l'expert reste muet sur les répercussions de ces limitations fonctionnelles sur le rendement effectif de la recourante au sein de cette banque et il n'indique pas non plus si elle travaille au-dessus de ses forces, de sorte qu'il n'est pas possible de tirer de conclusions valables sur sa capacité de gain résiduelle sur le marché général du travail – même équilibré (cf. RCC 1970 p. 336 consid. 1). À la lumière de ces éléments, le rapport d'expertise du Dr I_____ apparaît dépourvu de valeur probante.

Pour le surplus, la chambre de céans ne saurait se fonder sur l'appréciation du Dr G_____ du 26 août 2015, ce médecin ne motivant pas la capacité de travail de 25% qu'il retient à l'égard de la recourante en qualité de « secrétaire-comptable dans une banque ». Il convient par ailleurs de relever que le poste de travail occupé par la recourante semble avoir fait l'objet d'aménagements de la part de l'employeur : elle peut alterner les positions à sa guise, prendre de nombreuses pauses, elle n'est pas soumise à des ports de charges ni à des exigences de rendement.

Dans ces circonstances, l'intimé devait instruire la question de savoir si le salaire perçu auprès de F_____ comporte un « élément social » et si oui, dans quelles proportions. On rappellera à cet égard que lorsqu'un assuré a repris l'exercice d'une activité lucrative après la survenance de l'atteinte à la santé, il faut d'abord examiner si cette activité est stable, met pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle et lui procure un gain correspondant au travail effectivement fourni, sans contenir d'élément de salaire social. Si ces conditions sont réunies, on prendra en compte le revenu effectivement réalisé pour fixer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76). Se poserait, cas échéant, la question de savoir si l'activité exercée est au-dessus des forces de la recourante, cette dernière ayant repris un emploi pour des raisons financières.

12. Dans un autre moyen, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir déterminé correctement son degré d'invalidité pour la période s'ouvrant dès le 1^{er} mars 2008. Concernant le revenu sans invalidité, elle soutient que l'intimé aurait dû se fonder sur les derniers salaires versés en 2003.

Pour sa part, l'intimé estime qu'il s'est fondé à juste titre sur le montant figurant au compte individuel de la recourante pour 2002, soit CHF 69'109.-, ce montant étant déterminé sur la base du dernier salaire effectivement perçu et non sur ce que l'assurée aurait pu gagner dans la meilleure des hypothèses.

Le point de vue de l'intimé ne saurait être suivi. Il est vrai que pour la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, c'est-à-dire au 1^{er} octobre 2002 dans le cas particulier. Cela dit, les modifications des revenus, avec et sans invalidité, susceptibles d'influencer le droit à la rente doivent être pris en compte jusqu'au moment où la décision est rendue (cf. ci-dessus : consid. 7a et les arrêts cités). À cet égard, il ressort clairement de trois « avis de situation » de l'office du personnel de l'Etat pour les années 2001, 2002 et 2003 (cf. pièce 41 p. 4-6 intimé) que le traitement annuel de la recourante s'élevait respectivement à CHF 63'073.- (classe 07 position 10), CHF 65'326.- (classe 07 position 11) et CHF 70'717.- (classe 08 position 12), soit CHF 5'893.10 par mois en 2003 et que ce dernier salaire est supérieur au montant de CHF 69'109.- ressortant du compte individuel pour 2002 et retenu par l'intimé comme base de calcul. En outre, selon les renseignements communiqués par l'employeur le 11 décembre 2001, la recourante percevait une gratification (cf. pièce 14 p 2 intimé). Force est de constater, au regard de ces éléments, que les rapports de travail étaient stables et que le revenu n'était pas soumis à de fortes fluctuations à brève échéance, contrairement à ce que soutient l'intimé. En outre, le revenu 2003 ne correspondait pas simplement à la « meilleure des hypothèses » (cf. Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], valable à partir du 1^{er} janvier 2015, ch. 3021) puisque la recourante l'a effectivement perçu au cours des deux premiers mois de l'année 2003 (cf. pièces 82 p. 1 et 88 p. 3 intimé). Ainsi, dans la mesure où cette augmentation du traitement annuel à CHF 70'717.- est intervenue avant que la décision d'octroi de rente ne soit rendue, l'intimé aurait dû prendre ce revenu sans invalidité pour base et l'indexer à 2008, en tenant compte au surplus et cas échéant d'un treizième salaire ou d'une gratification, ainsi que des perspectives de progression salariale selon l'échelle des traitements du personnel de l'État de Genève.

La recourante conteste également en partie les montants pris en compte par l'intimé à titre de revenu d'invalidité. Elle fait valoir que s'il est exact qu'elle perçoit un salaire annuel de CHF 26'000.- auprès de F_____, cela n'a pas toujours été le cas. À l'examen des décomptes de salaire de la recourante et des communications de son employeur, il s'avère en effet que le revenu de cette dernière s'élevait à CHF 23'400.- entre 2008 et 2010 (CHF 1'800 x 13) et qu'il a été augmenté à CHF 24'700.- au 1^{er} janvier 2011, puis à CHF 26'000.- au 1^{er} janvier 2013 (cf.

pièces 4-6 recourante). Toutefois, ces informations ne concordent pas avec les inscriptions figurant au compte individuel de la recourante (cf. pièce 82 p. 1 intimé), lesquelles font état de revenus annuels de CHF 30'386.-, CHF 22'938.-, CHF 25'738.-, CHF 28'238.-, CHF 34'930.- et 32'567.- à titre de revenus au sens de l'AVS réalisés auprès de cette banque en 2008, respectivement 2009, 2010, 2011, 2012 et 2013, soit une moyenne de CHF 29'133.- sur ces six années.

Selon la jurisprudence, il convient en principe de se fonder sur les revenus inscrits au compte individuel à moins que l'on puisse établir qu'ils ne correspondent pas à la réalité, qu'ils sont inexacts ou qu'ils ont subi de fortes variations durant plusieurs années (cf. Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], p. 548-549 n. 2067 et les arrêts cités). En l'espèce, la recourante n'allègue ni ne prouve (par ex. au moyen de l'ensemble des fiches de salaire sur la période concernée) que ces inscriptions seraient inexactes. Cela étant, dans le cadre d'une demande de restitution dont l'étendue est fonction de la détermination du degré d'invalidité avec effet rétroactif, l'administration doit faire preuve d'une grande précision en établissant le calcul de ce degré d'invalidité, c'est-à-dire en veillant à ce que l'évolution des revenus avec et sans invalidité sur la période considérée soit documentée de manière fiable. En l'espèce, le fait de retenir un revenu d'invalidité moyen de CHF 26'000.- à partir de 2008 au motif que celui-ci serait de toute manière inférieur à la moyenne des revenus ressortant des comptes individuels entre 2008 et 2013 ne satisfait pas à ces réquisits.

On relève enfin que l'intimé n'a pas déduit du revenu d'invalidité (CHF 26'000.- selon l'intimé) le forfait de CHF 1'500.- prévu par l'art. 31 al. 1 LAI et il aurait dû prendre en compte uniquement les deux tiers du montant dépassant le seuil de CHF 1'500.- pour les revenus perçus jusqu'à fin 2011 (art. 31 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2011 du 18 janvier 2012 consid. 3.4 ; ATAS/591/2011).

Il est vrai que le début de l'activité lucrative auprès de F_____ remonte au 1^{er} décembre 2007 et qu'elle est donc antérieure à l'entrée en vigueur de l'art. 31 LAI (1^{er} janvier 2008). Par ailleurs, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'art. 31 al. 1 LAI ne s'applique que si la perception d'un nouveau revenu (1^{ère} hypothèse) ou l'augmentation du revenu existant (2^{ème} hypothèse) ont eu lieu à compter du 1^{er} janvier 2008. Toutefois si la période de trois mois à compter de la perception du nouveau revenu (art. 88a al. 1, 2^{ème} phrase RAI) est arrivée à échéance en 2008, ce qui est le cas en l'espèce, l'art. 31 LAI s'applique bel et bien (arrêt du Tribunal fédéral 9C_285/2012 du 31 août 2012 consid. 5.3 a contrario).

13. Dès lors qu'une adaptation des prestations aurait été nécessaire en vertu de l'art. 17 LPGA et qu'elle n'a pas eu lieu, les prestations qui continuent d'être versées sont réputées avoir été perçues indûment. Au cas où une décision n'a pas été adaptée par suite de la violation par l'assuré de son obligation de renseigner, l'adaptation peut être rétroactive et déployer ses effets dès le moment où l'assuré aurait dû informer l'autorité du changement survenu (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3^{ème} éd. 2016

n. 10, 15, 32 et 36 ad art. 17). Les prestations indûment perçues sont alors sujettes à restitution au sens de l'art. 25 LPGA (arrêt du Tribunal fédéral 9C_185/2009 du 19 août 2009, consid. 4.3).

a. À teneur de l'art. 25 al. 2 LPGA, le droit de demander la restitution s'éteint un an après le moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, mais au plus tard cinq ans après le versement de la prestation. Si la créance naît d'un acte punissable pour lequel le droit pénal prévoit un délai de prescription plus long, celui-ci est déterminant. Les délais de péremption (relatif et absolu) de l'art. 25 al. 2 1^{ère} phrase LPGA doivent être examinés d'office (ATF 133 V 579 consid. 4,1 p. 582 ; 119 V 431 consid. 3a p. 433).

Selon la jurisprudence, le délai de péremption relatif d'une année commence à courir dès le moment où l'administration aurait dû connaître les faits fondant l'obligation de restituer, en faisant preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle (ATF 122 V 270 consid. 5a p. 274 s.). L'administration doit disposer de tous les éléments qui sont décisifs dans le cas concret et dont la connaissance fonde - quant à son principe et à son étendue - la créance en restitution à l'encontre de la personne tenue à restitution (ATF 111 V 14 consid. 3 p. 17). Si l'administration dispose d'indices laissant supposer l'existence d'une créance en restitution, mais que les éléments disponibles ne suffisent pas encore à en établir le bien-fondé, elle doit procéder, dans un délai raisonnable, aux investigations nécessaires. A défaut, le début du délai de péremption doit être fixé au moment où elle aurait été en mesure de rendre une décision de restitution si elle avait fait preuve de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle. Dans tous les cas, le délai de péremption commence à courir immédiatement s'il s'avère que les prestations en question étaient clairement indues (arrêts 9C_632/2012 du 10 janvier 2013 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 70/06 du 30 juillet 2007 consid. 5.1 et les références, in SVR 2008 KV n° 4 p. 11). Cependant, lorsque la restitution est imputable à une faute de l'administration, on ne saurait considérer comme point de départ du délai d'une année le moment où l'erreur a été commise par l'administration, mais le moment auquel celle-ci aurait dû, dans un deuxième temps (par exemple à l'occasion d'un contrôle) se rendre compte de son erreur en faisant preuve de l'attention requise. En effet, si l'on plaçait le moment de la connaissance du dommage à la date du versement indu, cela rendrait souvent illusoire la possibilité pour l'administration de réclamer le remboursement de prestations allouées à tort en cas de faute de sa part (ATF 124 V 380 consid. 1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_968/2012 du 18 novembre 2013 consid. 2.2; 8C_719/2008 du 1^{er} avril 2009 consid. 4.1).

b. Si, au moment où l'institution d'assurance a eu connaissance du fait, la prestation n'a pas encore été versée, le délai d'une année de péremption selon l'art. 25 al. 2 première phrase LPGA ne peut commencer à courir qu'avec le versement effectif de la prestation, la créance en restitution de rentes mensuelles versées à tort n'étant pas sujette à péremption aussi longtemps que la prestation périodique n'a pas encore été

versée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_363/2010 du 8 novembre 2011 consid. 2.1 et les références citées). Il s'ensuit que lorsqu'une caisse de compensation aurait dû s'apercevoir d'une situation justifiant la restitution de prestations versées à tort presque quatre ans avant qu'elle rende sa décision de restitution, seul le droit de demander la restitution des rentes versées durant l'année qui a précédé la décision n'est pas sujet à l'exception de péremption (arrêt AHV 60 015 de la Commission fédérale de recours AVS/AI du 3 août 2005, consid. 3d in SVR 2006 AHV n°1 ; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd. n. 60 ad art. 25 LPGA).

c. Le délai de péremption absolu de cinq ans commence à courir à la date du versement effectif de la prestation (ATF 112 V 180 consid. 4a ; 111 V 14 consid. 3 in fine). Il met un point final à un rapport d'obligation entre l'assurance et le débiteur (Arrêt du Tribunal fédéral 8C_616/2009 du 14 décembre 2009 consid. 3.2).

Si pendant le délai de péremption d'un an, l'administration rend une décision par laquelle elle exige le remboursement des prestations, le remboursement peut s'étendre, le cas échéant, aux prestations versées pendant les cinq dernières années (DTA 1996/1997 p. 130 consid. 5a). Cette jurisprudence vise un double but, à savoir obliger l'administration à faire preuve de diligence, d'une part, et protéger l'assuré au cas où celle-ci manquerait à ce devoir de diligence, d'autre part (arrêt du Tribunal Fédéral 8C_616/2009 du 14 décembre 2009 consid. 3.2). Lorsque l'administration a fait valoir sa créance en restitution en bonne et due forme, le délai de péremption est sauvegardé une fois pour toutes, même lorsque la décision de restitution initiale est annulée et remplacée par une décision subséquente qui en modifie le contenu (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 271/04 du 21 mars 2006 consid. 2.5 ; SVR 1997 p. 256 consid. 2c aa).

d. En l'espèce, la chambre de céans constate que lors de la révision intervenue en 2011, l'intimé avait au dossier l'extrait du compte individuel de la recourante sur lequel étaient inscrits, depuis décembre 2007, des revenus obtenus auprès de F_____ SA (CHF 2'539.- en décembre 2007, CHF 30'386.- en 2008 et CHF 22'938.- en 2009 ; cf. extrait du compte-individuel, document OAI 56, p. 1 du 31 mai 2011). Il convient donc de considérer que l'intimé disposait, dès le 31 mai 2011, d'indices clairs de reprise d'une activité lucrative au 1^{er} décembre 2007 qui auraient dû l'inciter à lancer des mesures d'instruction complémentaires (interpellation de la recourante ; questions à F_____ sur l'existence d'un salaire social, etc.) dans un délai raisonnable et à rendre, le cas échéant, une décision de restitution dans un délai d'une année une fois ces investigations menées. Au lieu de quoi, l'intimé a adressé en date du 6 septembre 2011 une communication à la recourante, l'informant qu'elle continuait à bénéficier de la même rente jusqu'à ce jour. Compte tenu du fait que l'intimé connaissait déjà la période et le montant des revenus réalisés ainsi que l'identité de l'employeur le 31 mai 2011, il y a lieu de considérer qu'il aurait pu obtenir les renseignements complémentaires nécessaires fin mai 2012 au plus tard, ce qui lui aurait encore laissé jusqu'à fin mai 2013 pour

rendre, le cas échéant, une décision de restitution. Cela étant, on ne peut faire partir le point de départ du délai de péremption d'une année au moment où l'erreur a été commise.

Lors de la nouvelle révision de la rente, initiée le 21 février 2013 (date de remise du questionnaire à la recourante ; pièce 63 p. 1 intimé) l'intimé a procédé – partiellement – aux investigations qui se seraient imposées dès le 31 mai 2011. Le 7 mai 2013, la recourante a communiqué une attestation de revenu établie par son employeur. L'instruction sur le plan médical s'est terminée le 16 janvier 2014, date à laquelle l'intimé a reçu l'expertise du Dr I_____. A partir de cette date, il convient de considérer que l'intimé aurait pu disposer de tous les éléments utiles pour statuer, le délai entre le 21 février 2013 et le 16 janvier 2014 étant largement suffisant pour recueillir un nouvel extrait du compte individuel de la recourante, voire questionner l'employeur. Par conséquent, l'intimé devait réclamer la restitution dans le délai d'un an, soit le 15 janvier 2015 au plus tard.

Force est de constater qu'en attendant le 9 juillet 2015 pour notifier sa décision, l'intimé n'a pas respecté le délai de péremption d'une année, de sorte que son droit de demander la restitution des prestations était périmé. Toutefois, étant donné qu'une créance en restitution de prestations octroyées indûment ne saurait se périmen en tant qu'elle concerne des prestations qui n'ont pas encore été versées (cf. ATF 122 V 270 consid. 5b/bb), cela signifie, dans le cas particulier, que la créance en restitution est périmée, sauf pour les éventuelles prestations excédentaires allouées au cours des douze mois précédant la décision du 9 juillet 2015 (pour un cas et raisonnement similaire : cf. arrêt AHV 60 015 de la Commission fédérale de recours AVS/AI du 3 août 2005, consid. 3d ss in SVR 2006 AHV n°1 ; voir aussi arrêts 9C_473/2012 du 9 novembre 2012 et 9C_363/2010 du 8 novembre 2011).

14. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure en l'état actuel du dossier de trancher la question de savoir si la recourante remplit encore les conditions lui permettant de prétendre au maintien d'une rente entière au-delà du 29 février 2008 (plus précisément au-delà du 8 juillet 2014 en pratique).

La décision entreprise sera par conséquent annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il s'enquière auprès de F_____ de l'existence d'un salaire social et la part de celui-ci sur la période non frappée de péremption, soit du 9 juillet 2014 au 8 juillet 2015 (taux d'activité de 30%) et à partir du 1^{er} juillet 2015 (taux d'activité de 25%). Il incombera ensuite à l'intimé de recalculer le degré d'invalidité en se conformant aux principes évoqués ci-dessus. S'il ressort de l'appréciation des informations recueillies auprès de cet employeur que le salaire versé comporte une part sociale, il conviendra de retrancher celle-ci du revenu d'invalidité. Enfin, l'intimé devra, le cas échéant, compléter l'instruction du dossier par une expertise afin de déterminer si l'exercice d'une activité adaptée à 30% est médicalement exigible au-delà du 30 juin 2015, cette mesure s'imposant notamment s'il n'existe pas de part salariale sociale au 30 juin 2015 ou si celle-ci est faible au point que

l'exercice d'une activité à 30% au service de F_____ équivaut néanmoins à admettre un taux d'activité supérieur à 25% à cette même date.

15. Le recours est partiellement admis et la décision du 9 juillet 2015 annulée dans le sens des considérants. La cause est renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-, au vu du sort du recours.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 9 juillet 2015 dans le sens des considérants.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 2'000.- a titre de participation à ses frais et dépens ainsi qu'à ceux de son mandataire.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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