

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1505/2007

ATAS/81/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 24 janvier 2008

En la cause

Madame R_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître REYMANN Bernard

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97, GENEVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Olivier LEVY et Christine KOEPEL Jugés
assesseurs**

EN FAIT

1. Le 30 janvier 1992, Madame R_____, née en 1968, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI), en raison des conséquences d'un accident survenu en décembre 1987, des nombreuses opérations qui s'en sont suivies et d'une nouvelle entorse intervenue à la fin de l'année 1991. L'instruction diligentée par l'OCAI a permis de recueillir les différents rapports médicaux dont il est fait état ci-dessous.
2. Il ressort du rapport réalisé par le docteur A_____, spécialiste en chirurgie, pour le compte de LA BALOISE ASSURANCES, que l'assurée a chuté en date du 14 décembre 1987, ce qui lui a occasionné une entorse grave de l'articulation radio-cubitale du poignet droit avec luxation dorsale de la tête cubitale. Cette lésion a d'abord été traitée par embrochage trans-radio-cubital.

En raison de la persistance d'une luxabilité de la tête cubitale, une plastie tendineuse selon Linscheid a été pratiquée le 22 juin 1988 avec une bonne évolution post-opératoire et une récupération fonctionnelle totale du poignet droit grâce à la physiothérapie. La reprise de l'activité professionnelle a pu se faire à 100 % en février 1989.

En 1991, une intervention avec neurolyse du nerf cubital au coude droit, résection du nerf inter-osseux dorsal au poignet droit et exploration du carrefour scapho-lunaire a été effectuée. La reprise de l'activité professionnelle, fixée à juillet 1991, n'a pu avoir lieu en raison d'un nouvel accident qui a causé une contusion cervicale.

Au surplus, l'assurée a à nouveau été victime d'un accident en décembre 1991, ce qui lui a occasionné une entorse du poignet gauche. C'est alors que les médecins ont découvert un cubitus trop long à gauche. S'en est suivi un traitement par ostéotomie de raccourcissement combinée à une neurolyse du nerf cubital gauche le 21 septembre 1993.

L'évolution à gauche s'est révélée favorable au contraire de celle du membre supérieur droit. A droite, en effet, la patiente a continué de ressentir des douleurs dans le poignet et la main, des crampes survenant à l'effort et provoquant des pseudo-paralysies, des troubles de la sensibilité dans les deux doigts de la main avec des paresthésies, ainsi que des douleurs dans la région de l'épitrôchlée avec décharges électriques dans les deux derniers doigts. Le docteur A_____ a également rapporté des douleurs cervicales accompagnées de blocages et de tuméfaction de la musculature cervicale et du trapèze à droite.

Au moment où le médecin a rendu son expertise (mars 1994), la situation n'était pas stabilisée.

3. Dans un rapport du 23 janvier 1995, le docteur B_____, médecin-adjoint de l'unité de chirurgie de la main des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (ci-après : HUG), a posé les diagnostics de status après arthroplastie ligamentaire de la radio-cubitale inférieure droite, status après ostéotomie d'accourcissement de l'ulna et décompression du nerf ulnaire au coude gauche et status après décompression puis transposition du nerf ulnaire droit. Il a estimé que l'incapacité de travail était totale depuis le 28 janvier 1994, mais qu'une rééducation fonctionnelle devrait permettre la reprise d'un travail manuel léger.
4. Le docteur A_____ a rendu un second avis en date du 14 septembre 1995, dans lequel il a notamment relevé qu'en raison d'une récurrence du syndrome cubital au coude droit, une nouvelle intervention avait été pratiquée par le docteur B_____ en août 1994 avec transposition antérieure semi-profonde du nerf cubital droit. Si elle avait donné d'excellents résultats au niveau du coude droit, il persistait toutefois d'importantes douleurs au niveau du poignet et de la main droite. Quant au traitement du membre supérieur gauche, il n'avait pris fin que le 11 novembre 1995. L'assurée n'avait plus repris d'activité professionnelle depuis l'automne 1991 et la situation ne semblait pas encore stabilisée en raison de la persistance des douleurs et de la continuation des investigations. Par ailleurs, le docteur A_____ s'avouait convaincu de l'existence d'une discrète surcharge psychogène, la patiente lui apparaissant en outre assez revendicatrice. En conclusion, il a estimé que l'incapacité de travail totale dans la profession de secrétaire était toujours justifiée.
5. Le 27 février 1997, le docteur C_____, chef de clinique adjoint auprès de la Division de rééducation et médecine physique des HUG, a fait savoir que l'assurée présentait des cervicalgies, probablement en relation avec l'accident de la circulation survenu en 1991. Les investigations complémentaires pratiquées allaient dans le sens d'une instabilité ligamentaire. Dans un avis du 7 avril 1997, ce médecin a précisé que les cervicalgies présentées par la patiente depuis 1991 tendaient à s'exacerber depuis 1996 et qu'elles apparaissaient en cas de position statique prolongée ou de tentatives de mouvements extrêmes de la tête. Il notait une diminution de la mobilité cervicale dans toutes les directions, une musculature paracervicale douloureuse à la palpation et contracturée.
6. Dans un rapport adressé à LA BALOISE ASSURANCES, le docteur B_____ a relaté que la patiente avait subi l'ablation de la plaque d'ostéosynthèse de l'ulna à gauche en mars 1995 et que le 17 janvier 1996, en raison de douleurs de type téno-synovite du long fléchisseur du pouce droit, elle avait été explorée encore une fois à ce niveau. Lors de la consultation de juin 1998, les plaintes se résumaient à un manque de force de la main droite associé à un engourdissement épisodique des 4ème et 5ème doigts, non gênant. La patiente portait une attelle de poignet à cause d'un sentiment d'instabilité résiduelle de celui-ci. La sensibilité discriminative était légèrement diminuée dans le territoire du nerf ulnaire à droite, les périmètres du membre supérieur droit étaient inférieurs d'un demi-centimètre à l'avant-bras et à la

main par rapport au membre supérieur gauche, la mobilité des deux poignets était symétrique. En revanche, la force de serrage était diminuée de 2/5 à gauche. Enfin, le médecin notait une mobilité de la colonne cervicale, de l'épaule et du coude discrètement limitée.

7. Appelé à se prononcer en qualité d'expert, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a posé, dans son rapport du 26 juin 1998, le diagnostic de cervicalgies, compliquées de céphalées occipito-temporales droites et de symptômes d'irritation du sympathique cervical postérieur (vertiges, nausées, irritation du globe oculaire, etc.) sur dysfonction cervico-occipitale C1-C2 droite. Une incapacité de travail ne lui semblait pas justifiée.
8. Suite à une conversation téléphonique avec le docteur D_____, le docteur E_____, médecin-conseil de l'OCAI, a estimé que si, au départ, un reclassement professionnel était indiqué puisque l'assurée ne pouvait pas reprendre son métier à un taux suffisant, tel n'était plus le cas. En effet, l'évolution avait été favorable et il n'y avait plus de contre-indication à la reprise de l'activité de secrétaire. En l'absence d'autres éléments ayant une influence sur la capacité de travail, il fallait considérer que la reprise de l'ancienne activité était raisonnablement exigible depuis le mois de juin 1998.
9. Par décision du 7 juillet 1999, l'OCAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité fondée sur un taux de 100 % du 1er août 1994 au 30 septembre 1998.
10. Cette décision a été annulée et le dossier réouvert pour instruction complémentaire par acte du 2 septembre 1999.
11. Le docteur B_____, après avoir fait procéder à de nouveaux examens, a estimé qu'il n'y avait plus de pathologie, au niveau du nerf ulnaire et du membre supérieur droit, justifiant une incapacité de travail. La patiente était en revanche connue pour une instabilité de la colonne cervicale vraisemblablement à l'origine de ses plaintes (avis du 14 décembre 1999).
12. Le 10 mars 2000, le docteur C_____ a exposé que la suspicion d'instabilité au niveau cervical n'avait pu être certifiée et que la diffusion progressive des douleurs durant les deux dernières années faisait évoquer la possibilité d'une fibromyalgie qui n'était toutefois pas confirmée.
13. Le docteur B_____ a requis une prise en charge de l'assurée par la Consultation de la douleur des HUG le 12 avril 2000. Dans son courrier, il a notamment relaté qu'en raison de la discordance existant entre les résultats des examens para cliniques constamment négatifs et les plaintes aussi nombreuses que variées de la patiente, s'était posée la question de leur fiabilité. Ce médecin a confirmé la totale capacité de travail, malgré une probable périarthrite scapulo-humérale droite, dans un rapport médical intermédiaire du 22 mai 2000.

14. Le nouveau médecin traitant de l'assurée, le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a précisé, dans un rapport du 16 octobre 2000, que cette dernière avait toujours estimé être incapable de reprendre son travail depuis 1991. Le médecin a conclu à une incapacité de travail totale depuis lors.
15. LA BALOISE ASSURANCES a confié une expertise au docteur G_____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstructive, chirurgie de la main. Dans son rapport du 15 novembre 2000, ce praticien a posé les diagnostics suivants : symptomatologie douloureuse somatoforme persistante du membre supérieur droit, status après de multiples interventions chirurgicales au coude, au poignet et à la main droite, état douloureux résiduel postopératoire et limitation résiduelle modérée de la fonction de la main droite, status après dislocation radio-cubitale distale le 14 décembre 1987, syndrome algo-dysfonctionnel de la charnière cervico-occipitale, sans lésion anatomique démontrable. Il a fixé la capacité de travail résiduelle, en regard des seuls diagnostics en lien de causalité avec l'accident de 1987 (soit le status après de multiples interventions chirurgicales au membre supérieur droit, l'état douloureux résiduel postopératoire et la limitation résiduelle modérée de la fonction de la main droite et le status après dislocation radio-cubitale distale), dans la profession de vendeuse, à 100 % (pour des tâches légères), à 75 % (pour des tâches moyennes) et à 50 % (pour des tâches plus lourdes); dans la profession de secrétaire/dactylo, l'expert a évalué l'incapacité à 50 %; enfin, dans celle de réceptionniste - téléphoniste, il a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail entière. Il a par ailleurs mis en exergue, en regard du diagnostic de symptomatologie douloureuse somatoforme persistante du membre supérieur droit, la problématique des bénéfices secondaires que l'assurée pouvait tirer de la situation; il a jugé qu'il y avait, de la part de l'intéressée, une tentative d'exploitation abusive des prestations (matérielles) des assurances, ce qui se traduisait, en termes médicaux, par une amplification de la symptomatologie. Il a expliqué que c'étaient tant l'ensemble de l'évolution que la discordance évidente entre la modestie des signes de dérangements objectifs (anamnestiques et cliniques) et l'acuité des symptômes allégués qui lui avaient fait retenir le diagnostic considéré et le faire figurer au premier plan.
16. Après avoir pris connaissance de ce rapport d'expertise, le docteur E_____ a émis l'avis qu'il fallait confirmer la précédente évaluation faite par l'OCAI et admettre que l'assurée pouvait retravailler à 100 % depuis 1998. Le docteur E_____ a mis en évidence les avis convergents de l'ensemble des experts qui estimaient l'expertisée capable de travailler à temps plein dans un poste adapté et qui ajoutaient la présence d'une majoration des symptômes, une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations cliniques, ainsi que la recherche d'un avantage secondaire, ce qui faisait mentionner au médecin le terme de sinistrose ou névrose de revendication/de rente. En outre, il a émis l'hypothèse que la grossesse de l'assurée était un élément supplémentaire qui pouvait également expliquer qu'elle n'ait plus envie de reprendre le travail (avis du 4 décembre 2000).

Dans une note du 25 février 2002, le docteur E_____ a repris l'analyse du dossier et estimé, vu que la dernière intervention chirurgicale de l'assurée avait eu lieu en 1996, que celle-ci aurait pu reprendre le travail dès la mi-1996 déjà et non seulement dès juin 1998.

17. Dans un certificat succinct daté du 28 mai 2002, le docteur H_____, médecin traitant, a considéré que sa patiente n'était pas en mesure de travailler en raison des séquelles de ses accidents (hémi-céphalées droites, cervicalgies, douleurs des épaules, mauvais contrôle des mouvements du bras droit) et d'un état anxieux et asthénique avec des périodes d'insomnies et d'épuisement.
18. Le docteur F_____ a encore mentionné le 31 juillet 2002 que l'assurée souffrait depuis un mois d'une lombalgie avec sciatique déficitaire L4 à droite et que le 10 juillet, elle avait été hospitalisée pour des céphalées violentes avec hémi-syndrome droit sur probable crise migraineuse.
19. Le 25 septembre 2002, l'OCAI a rendu une décision identique à celle du 7 juillet 1999 (soit octroi d'une rente entière d'invalidité du 1er août 1994 au 30 septembre 1998), remplaçant cette dernière.
20. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la Commission cantonale de recours en matière d'assurance-invalidité - alors compétente. Le 1^{er} août 2003, son dossier a été transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales, vu la modification de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ).
21. Plusieurs audiences ont eu lieu :

Le 8 juin 2004, l'assurée a déclaré que sa santé, tant physique que morale, avait tendance à se péjorer et que plusieurs affections s'étaient ajoutées en particulier durant l'année 2003; une hernie discale avait été découverte, ainsi qu'une scoliose et de l'arthrose, responsable des migraines. Elle a ajouté ne plus pouvoir ni tenir son ménage ni s'occuper correctement de ses enfants.

Le docteur F_____, entendu en qualité de témoin le 13 juillet 2004, a précisé que le problème principal était constitué par les douleurs cervicales, auxquelles s'ajoutait en particulier un état migraineux. Sur le plan purement somatique et fonctionnel, il a expliqué que l'incapacité de travail était plutôt partielle et que c'était la souffrance globale qui conduisait à l'incapacité totale, y compris la hernie discale lombaire. Il a indiqué qu'à son avis, vu l'absence de réalisation des critères spécifiques, la fibromyalgie soupçonnée par le docteur B_____ ne pouvait pas être retenue, au contraire du diagnostic de troubles somatoformes douloureux. S'agissant du poignet droit, il fonctionnait à peu près bien, mais il restait douloureux et ne pouvait assumer de gros efforts, de port de charges ni de mouvements répétés. Une marche trop prolongée était aussi à déconseiller et le médecin pensait que la position assise serait difficile à conserver huit heures par

jour, avec un certain risque d'absentéisme. Il n'excluait pas que l'assurée puisse faire de la dactylographie, mais pas toute la journée. Quant au métier de téléphoniste, il lui semblait adapté. Enfin, le médecin s'est déclaré en accord avec les conclusions du docteur G _____ sur le plan de la capacité de travail relative à l'accident, mais pas avec la discussion de l'expert.

Lors de l'audience du 7 décembre 2004, le docteur H _____, médecin traitant de l'assurée depuis 1997, a indiqué lui prescrire de temps à autre une médication pour ses douleurs et plaintes articulaires, ainsi que des anxiolytiques en raison d'une fragilité psychologique exacerbée par périodes et aggravée sensiblement depuis une année environ. Cette fragilité avait d'ailleurs motivé la consultation d'un psychiatre. Il a précisé que selon lui, l'assurée était trop handicapée par ses douleurs, les accidents subis, les multiples opérations pour véritablement travailler. Le manque de résistance qui découlait de ces différents événements l'empêchait d'être opérationnelle dans quelque domaine d'activité. Une capacité de travail entière en tant que téléphoniste lui paraissait totalement illusoire à moyen terme, de même que la possibilité de reprendre, à moyen terme, une activité rentable.

Entendu le 7 décembre 2004, le docteur I _____, spécialiste en psychiatrie, a confirmé le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique posé dans son rapport du 21 septembre 2004. Il a estimé que cet état s'était installé depuis au moins un an et était le résultat d'une évolution progressive. Les tests auxquels il avait procédé montraient la sévérité de la maladie, qui était indépendante et ne constituait pas un état réactionnel; celle-ci avait pour conséquence une totale incapacité de travail, même l'éducation des enfants devant être déléguée. Moyennant thérapie, la capacité de travail devait pouvoir être récupérée dans un délai de six mois à une année. Toutefois, en raison de circonstances familiales exigeant la présence physique de l'assurée, la thérapie ne pouvait pas avoir lieu de façon continue.

22. Les procès-verbaux de ces audiences ont été soumis par l'OCAI au docteur J _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après : SMR). Ce dernier a pris position en date du 28 décembre 2004.

Il a exprimé l'opinion que certaines considérations du rapport d'expertise du 26 juin 1998 du docteur D _____ ne pouvaient être retenues, telle l'absence de douleurs cervicales depuis le 3 septembre 1991, ce constat étant contredit par de nombreuses pièces au dossier. Par ailleurs, le docteur J _____ a estimé qu'il n'était pas admissible de la part de cet expert, après avoir décrit précisément une nette limitation de la mobilité de la nuque de l'assurée lors de son examen clinique, relevé que l'IRM cervico-crânienne fonctionnelle laissait suspecter une lésion ligamentaire incomplète et admis dans son diagnostic final une "dysfonction C1/C2 droite", de conclure finalement à une capacité de travail complète au motif qu'"il n'y a pas de limitations fonctionnelles objectivables, il s'agit uniquement de plaintes". Le docteur J _____ a par ailleurs relevé qu'en plus des cervicalgies

pures, le docteur D_____ avait décrit précisément la symptomatologie de céphalées de l'assurée (très évocatrice d'un problème migraineux) - symptomatologie qui était également décrite avec précision par le docteur G_____ - mais n'en avait pas tenu compte dans son évaluation de la capacité de travail. Or ce problème était resté actif depuis lors. Le médecin du SMR en a déduit que la capacité de travail de l'assurée ne pouvait être considérée comme totale sur la base des conclusions de l'expertise du docteur D_____ ni en juin 1998, ni en septembre 2002, surtout que l'expert n'avait tenu compte ni anamnestiquement, ni cliniquement, de la problématique au niveau du membre supérieur droit.

Quant à l'expertise du docteur G_____, le docteur J_____ a considéré que même si les examens cliniques répétés n'arrivaient pas à expliquer l'entier des plaintes de l'assurée et même si de multiples examens paracliniques s'étaient révélés normaux, le fait qu'il y ait un déficit articulaire au niveau du coude et du poignet ne permettait pas de faire entrer le tableau douloureux dans le cadre du trouble somatoforme douloureux persistant (F45.5). Ce diagnostic psychiatrique était abusif et le docteur J_____ rejoignait en cela les considérations du docteur F_____ ; un trouble somatoforme douloureux n'était pas l'équivalent d'un problème d'amplification des plaintes.

Enfin, le docteur J_____ a estimé que les conclusions portant sur la capacité de travail de l'expertise du docteur G_____ étaient affaiblies dans l'optique holistique qui devait être celle de l'AI, par le fait que l'expert considérait la problématique du membre supérieur isolément quand bien même il avait décrit lui-même que les problèmes cervicaux et ceux du poignet tendaient à s'intriquer, la survenue de troubles sévères à un niveau ne manquant pas de décompenser l'autre niveau.

Dès lors, les éléments au dossier ne permettaient pas d'affirmer qu'en septembre 1998, l'assurée disposait d'une capacité de travail complète en lien avec le problème algo-fonctionnel de son membre supérieur droit. En plus des problèmes susmentionnés, le docteur J_____ a mentionné l'atteinte lombaire (lombalgies et syndrome radiculaire L4) et l'atteinte psychiatrique (apparue semble-t-il en 2003).

Il a conclu que les problèmes du membre supérieur droit initiés par l'accident de 1987 s'étaient progressivement enrichis d'une symptomatologie de cervico-céphalalgies depuis 1991, réalisant un tableau douloureux ininterrompu. Néanmoins, les documents médicaux à disposition ne lui permettaient pas de s'exprimer avec certitude quant à la capacité de travail de l'assurée au-delà du 30 septembre 1998, raison pour laquelle, selon lui, seule une expertise pluridisciplinaire était susceptible de clarifier correctement la situation.

23. Par jugement du 9 février 2005, le Tribunal de céans a annulé la décision du 25 septembre 2002 de l'OCAI et lui a renvoyé la cause pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire et nouvelle décision.

24. Les docteurs K_____R, spécialiste en chirurgie orthopédique, AA_____, spécialiste en psychiatrie, et AB_____, spécialiste en rhumatologie, de la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : la CRR), ont rendu leur rapport d'expertise le 16 janvier 2006. Les experts ont retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail : un syndrome cervical chronique sur status après distorsion cervicale en 1991 (M54.2), un status après de multiples interventions chirurgicales au niveau de l'avant-bras et du poignet droit avec algies résiduelles (M79.2), des lombalgies mécaniques (M54.5). Ils y ont ajouté, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : un trouble somatoforme douloureux chronique (F45.4) chez une personnalité limite inférieure (de type névrose de caractère F69.9) et un syndrome de dépendance médicamenteuse (F19.25) et alcoolique actuellement abstinent (F10.20). Ils ont estimé que, dans une activité adaptée, en position alternée assis-debout, sans port de charges et sans activités lourdes et répétitives du membre supérieur droit (travail administratif), une capacité de travail entière était exigible.
25. Le docteur J_____ s'est déclaré convaincu par l'expertise de la CRR dans un avis du 6 mars 2002. Il a mentionné que sur cette base, la suppression de la rente AI complète le 30 septembre 1998 était appropriée à la situation médicale objective et que si les experts concédaient que la reprise effective du travail semblait aléatoire, c'était en raison de l'ampleur et de l'ancienneté des facteurs extra-médicaux.
26. Par décision du 1^{er} juin 2006, l'OCAI a confirmé la limitation du droit à la rente au 30 septembre 1998.
27. L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision, requérant l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % minimum. Elle a produit à l'appui de ses allégations deux certificats médicaux :

Le premier, du docteur H_____, fait état d'une amélioration datant de quelques mois au niveau psychologique, parallèlement à l'arrêt de l'alcoolisation. Le médecin, vu la persistance des déficits fonctionnels sévères en raison des douleurs cervico-brachiales a proposé de tenter une reprise d'activité à 50 %, offrant de bonnes chances de réinsertion, dans une période favorable. Il s'est déclaré surpris par les contradictions marquées des expertises AI qui admettaient des limitations somatiques et psychiques somme toute sévères, mais qui concluaient à une capacité de travail normale.

Le second document a été rédigé par le docteur F_____ en date du 23 juin 2006. Ce praticien y a déclaré approuver l'analyse sérieuse et approfondie de la situation à laquelle ont procédé les experts de la CRR. Il a ajouté que, comme l'avait souligné la psychiatre, il lui paraissait difficilement envisageable que l'assurée reprenne une activité professionnelle qui serait de toute façon difficile en raison de la persistance

des douleurs. Dès lors, il a exprimé l'opinion que sa patiente devrait recevoir une rente AI de 50 %.

28. Par décision sur opposition du 15 mars 2007, l'OCAI a confirmé sa décision du 1^{er} juin 2006. Il a estimé que l'expertise de la CRR avait valeur probante et qu'il était par conséquent raisonnablement exigible de l'assurée qu'elle reprenne une activité adaptée à plein temps. Il a déterminé un taux d'invalidité de 10 % dès le 1^{er} octobre 1998 en retenant comme revenu sans invalidité 44'070 fr. (montant fixé sur la base des salaires statistiques [Enquête suisse sur la structure des salaires 1998, ci-après : ESS; TA1, pour une femme exerçant une activité dans le domaine des services avec un niveau de qualification 4] et adapté à l'horaire de travail dans les entreprises en 1998) et, comme revenu avec invalidité, 39'652 fr. (fondé sur les données statistiques également [ESS 1998, TA1, toutes activités dans les domaines de la production et des services, niveau de qualification 4, pour une femme], après adaptation à l'horaire de travail dans les entreprises en 1998 et prise en compte d'une réduction supplémentaire de 10 %). Enfin, l'administration a décidé de traiter l'aggravation annoncée sous la forme d'un nouvel accident intervenu le 11 juillet 2006 dans le cadre d'une procédure de révision séparée.
29. L'assurée a interjeté recours contre cette décision, dont elle requiert l'annulation, en concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement d'une rente fondée sur un taux d'invalidité de 41,25 %, dès le 1^{er} octobre 1998 et jusqu'au 11 juillet 2006, date à laquelle l'assurée demande que l'OCAI procède à une nouvelle évaluation de son droit aux prestations.

En substance, la recourante reproche à l'OCAI de s'être fondé sur les conclusions de l'expertise de la CRR, alors que celle-ci ne tient pas compte des limitations fonctionnelles pourtant mentionnées dans le rapport, telles les violentes douleurs dans l'avant-bras et au niveau des cervicales. La recourante soutient au surplus qu'il n'existe sur le marché du travail aucune activité correspondant à celle qui lui serait adaptée telle que décrite par les experts. Elle en tire la conclusion que dans ces conditions, son taux d'invalidité devrait être estimé à 100 %.

Subsidiairement, si l'existence d'une activité adaptée devait être reconnue, la recourante conteste les chiffres retenus dans la comparaison des gains de l'OCAI : elle soutient qu'en sa qualité de secrétaire qualifiée, elle devrait se voir reconnaître un revenu sans invalidité plus élevé, de 56'263 fr. 30 au moins; quant à son revenu d'invalidité, elle estime qu'il doit être fixé en tenant compte d'une réduction sur le salaire statistique de 25 %, eu égard à son âge et à l'ampleur et l'ancienneté des facteurs extra-médicaux présents (déconditionnement physique et psychique de 13 ans pour une femme qui n'a jamais été réellement insérée dans le monde du travail et dont les capacités adaptatives lors de stress émotionnel sont limitées).

30. Dans son mémoire de réponse du 20 juin 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.
31. L'assurée a encore relevé, dans un courrier subséquent, que l'OCAI n'a nullement pris en considération l'avis émis par le docteur J_____ en date du 28 décembre 2004 alors que celui-ci arrive à des conclusions opposées à celles des experts de la CRR. En particulier, ce médecin estime que "par rapport à ces problèmes-là, au vu des documents médicaux à disposition, on ne peut pas cautionner la suppression de la rente AI entière en date du 30.09.1998". Elle s'étonne en outre de la mention figurant sur ledit rapport "1^{ère} version, ne pas transmettre au TCAS", qui semble démontrer que l'OCAI avait l'intention de dissimuler au Tribunal un avis médical contraire à l'expertise pluridisciplinaire (courrier du 27 juillet 2007).
32. L'OCAI ayant persisté dans ses conclusions, l'assurée a encore précisé qu'elle conteste l'expertise de la CRR au motif ajouté que celle-ci ne décrit pas l'activité adaptée dans laquelle elle pourrait encore travailler. Elle a une nouvelle fois invoqué l'avis du docteur J_____.
33. Suite à ce dernier échange d'écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) 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.
2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
3. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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 litigieux doit être examiné à l'aune des 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 au 1^{er} janvier 2003, respectivement au 1^{er} janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état

de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 15 mars 2007 (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

4. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).
5. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante peut prétendre une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période courant du 1^{er} août 1994 au 30 septembre 1998. Le litige porte sur le seul point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est ensuite modifiée de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé à compter du 1^{er} octobre 1998.
6. Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). D'après l'art. 41 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et l'art. 17 LPGA (applicable à compter du 1^{er} janvier 2003), 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. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et les références).
7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c

LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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. ch. 2 et les références).

8. a) L'octroi limité par l'OCAI d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} août 1994 au 30 septembre 1998 est fondé sur les conclusions de l'expertise des docteurs K_____R, AA_____ et AB_____ de la CRR.

b) La recourante estime que c'est à tort que les conclusions de ces médecins ont été retenues, dès lors qu'ils ont fait fi des importantes limitations fonctionnelles dues à ses douleurs, qu'ils ont omis de se prononcer sur son atteinte lombaire (hernie notamment), qu'ils n'ont pas véritablement tenu compte des diagnostics posés pour établir la capacité de travail résiduelle, qu'ils n'ont pas décrit l'activité adaptée dans laquelle elle pourrait encore travailler et que ses propres médecins (les docteurs F_____ et H_____ en particulier), ainsi que le docteur J_____, du SMR, reconnaissent clairement que le droit à la rente ne saurait être supprimé le 30 septembre 1998.

c) C'est en vain que la recourante critique la qualité de l'expertise réalisée par la CRR. En effet, celle-ci répond aux critères définis par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à une expertise médicale. Les experts ont procédé à une étude circonstanciée de la situation médicale de la recourante, fondée sur l'anamnèse recueillie et leurs propres observations cliniques. Les diagnostics ont fait l'objet d'une discussion claire et les conclusions auxquelles ils ont abouti au terme d'un consilium général ont été motivées de manière convaincante. On ne peut en revanche en dire autant des avis des docteurs F_____ et H_____ qui, outre le fait qu'ils émanent des médecins traitants de l'intéressée, sont pour le moins succincts. Au demeurant, le docteur F_____ admet, dans son ultime avis du 23 juin 2006, être en accord avec le contenu de l'expertise; seule son appréciation de la capacité de travail, fondée sur des considérations étrangères à l'assurance-invalidité (éléments extra-médicaux), diverge finalement de l'opinion des experts. Quant au docteur H_____, son appréciation repose pour l'essentiel sur les plaintes subjectives exprimées par sa patiente (tant auprès de lui que lors de l'expertise). Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante), les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle

(ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). A ce propos particulier, les experts de la CRR ont clairement déterminé la distinction à faire entre les douleurs à prendre en considération en relation avec les affections avérées et retenues dans leurs diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et celles relevant du trouble somatoforme douloureux.

Tel n'était pas le cas de l'expertise du docteur G_____, dont les considérations mêlaient douleurs "usuelles" dans le cadre des suites de multiples interventions chirurgicales et douleurs dépassant les proportions admissibles selon l'expert. Dans cette mesure, il n'est point possible de se fonder sur son avis pour déterminer avec fiabilité la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans le respect des principes exposés dans l'ATF 130 V 352 susmentionné. Ce d'autant plus que ce médecin, s'il a posé le même diagnostic psychiatrique que les experts de la CRR, à savoir un trouble somatoforme douloureux, l'a fait sans s'allier les services d'un confrère spécialisé en psychiatrie et de manière assez confuse, puisqu'il développe principalement des considérations liées à une amplification des plaintes. Enfin, il n'a pas tenu compte, dans son évaluation finale, des problèmes liés à la colonne cervicale et aux céphalées en raison de leur absence de lien de causalité avec l'accident de 1987.

Il en va en substance de même pour l'expertise du docteur D_____, lequel a négligé de prendre en considération, dans ses conclusions relatives à la capacité de travail, les problématiques liées à la colonne cervicale et aux maux de tête de façon peu compréhensible, au terme d'une discussion comportant des erreurs sur les faits pertinents et se trouvant en contradiction avec ses conclusions.

Dans ces circonstances, c'est avec raison que le docteur J_____ a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, les documents figurant au dossier à l'époque ne se révélant pas suffisamment probants pour appuyer les conclusions de la décision de suppression de rente. C'est d'ailleurs dans ce seul sens que peut être compris l'avis du médecin du SMR, contrairement à ce qu'invoque la recourante. En particulier, ledit avis, fort complet et intéressant dans la mesure où il synthétise un dossier médical pour le moins volumineux, ne comporte pas de conclusions définitives sur la capacité de travail de l'intéressée, pas plus qu'il ne saurait remettre en cause les conclusions probantes de l'expertise de la CRR rendues, quant à elles, après un examen clinique complet.

En définitive, le seul rapport médical pouvant se voir reconnaître une pleine valeur probante est celui rédigé par les experts de la CRR. Nombre des constatations de ces derniers sont d'ailleurs corroborées par celles de la quasi-totalité des autres praticiens ayant eu à se prononcer sur le cas de la recourante. On pense notamment à la gravité alléguée du trouble somatoforme douloureux (intensité des douleurs notamment), qui ne transparait guère des éléments objectifs recensés dans l'expertise et les autres rapports médicaux.

Les experts n'ont pas mis en évidence d'affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, serait propre, par son importance et sa durée, à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail (comorbidité psychiatrique). L'avis du docteur I _____ sur ce point ne saurait modifier le point de vue du Tribunal de céans. Ce médecin fait en effet référence à des troubles - non documentés - ayant perduré tout au long de l'année 2004 au moins, alors qu'il n'a suivi la recourante qu'entre septembre et décembre 2004. La persistance des symptômes dépressifs au-delà de cette date n'est enfin pas rapportée au degré de vraisemblance requis en assurances sociales, vu notamment l'absence de données à ce propos, ainsi que l'interruption du suivi thérapeutique par la recourante en décembre 2004 et du traitement médicamenteux - qui semble en outre ne jamais avoir été pris régulièrement.

On ne trouve par ailleurs guère d'indices laissant à penser que la recourante ne disposerait plus des ressources nécessaires pour vaincre les douleurs qui sont les siennes et réintégrer le monde du travail. Bien que le processus maladif dure depuis de nombreuses années, elle a su préserver, sur le plan social, une vie familiale qu'elle qualifie de merveilleuse et de nombreux contacts avec l'entourage (parents, beaux-parents, amis).

L'expertise ne laisse enfin pas transparaître de conflit intrapsychique majeur ou de situation conflictuelle externe qui constituerait la cause essentielle du trouble somatoforme douloureux et le trouble dépressif attesté entre septembre et décembre 2004 s'est amendé, avérant la possibilité d'évolution au plan thérapeutique.

Par contre, il est indéniablement mis en exergue, à de nombreuses reprises, une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations cliniques relativement maigres (les experts mettent même en évidence une récupération fonctionnelle tout à fait satisfaisante après les multiples interventions chirurgicales au niveau du membre supérieur droit); les experts ne se sont manifestement pas montrés particulièrement sensibles aux plaintes de la recourante (sur l'ensemble de cette question, voir les ATF 132 V 65, 131 V 49 et 130 V 352, ainsi que les références citées).

Enfin, on rappellera que chez une assurée encore jeune (39 ans au moment de la décision litigieuse), la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. ATFA du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références).

Il suit de ce qui précède que c'est à raison que les experts de la CRR ont conclu à l'absence d'influence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail de la recourante.

d) Pour le surplus, singulièrement en ce qui concerne les affections somatiques, les experts ont décrit de façon détaillée les limitations fonctionnelles qui en découlent en se fondant sur leurs constatations cliniques. Ils ont, quoiqu'en dise la recourante,

pris en considération l'intégralité des problèmes qu'elle leur a évoqués (y compris l'atteinte lombaire et la prétendue hernie discale qui n'est finalement pas démontrée par les examens radiologiques effectués), ainsi que l'ensemble des documents au dossier. Leurs conclusions relatives à la capacité de travail reposent sur l'ensemble des diagnostics retenus, tout en faisant la part des choses entre limitations dues auxdites affections et douleurs relevant du trouble somatoforme douloureux qui, comme cela a été démontré ci-dessus, ne doit pas interférer dans l'appréciation de la capacité de travail. La description de l'activité adaptée raisonnablement exigible de l'intéressée est claire et permet de se faire une idée sur le type de postes de travail qui demeurent à sa portée.

Les conclusions des experts permettent donc de considérer que la recourante est en mesure de mettre à profit une capacité de travail pleine sur le marché du travail, dans une activité adaptée, telle que décrite par ces derniers.

9. a) Il convient à présent de déterminer si c'est à raison que l'OCAI a fixé à juin 1998 la date à partir de laquelle la recourante a été à nouveau en mesure de travailler.
- b) L'octroi de la rente entière s'est fondé sur l'incapacité totale de travail de la recourante en raison des différentes opérations subies, des affections et limitations à leur origine, ainsi que sur des problèmes cervicaux sur insuffisance ligamentaire.
- c) Or, en juin 1998, le docteur B_____ faisait état de plaintes se résumant à un manque de force de la main droite associé à un engourdissement épisodique des 4^{ème} et 5^{ème} doigts, non gênant (appréciation confirmée en décembre 1999 avec la mention d'une absence d'incapacité de travail dans la profession de secrétaire). Il notait en outre une mobilité de la colonne cervicale, de l'épaule et du coude limitée de façon discrète seulement.

Certes, le docteur C_____ avait relaté, en 1997, des problèmes au niveau de la colonne cervicale. Il a toutefois exposé, en mars 2000, que la suspicion d'instabilité à ce niveau n'avait pas pu être certifiée et que la diffusion progressive des douleurs durant les deux dernières années faisait évoquer la possibilité d'une fibromyalgie.

Il ressort de ces éléments qu'en juin 1998 au plus tard, la recourante avait recouvré une capacité de travail entière en relation avec ses problèmes aux membres supérieurs.

Quant à la problématique cervicale, il a été démontré qu'elle n'avait pas de véritable substrat anatomique (en tous les cas pas suffisant pour expliquer l'importance de la symptomatologie) et que les douleurs s'apparentaient à une fibromyalgie (affection assimilée par la jurisprudence à un trouble somatoforme douloureux eu égard aux similitudes entre ces deux diagnostics; cf. ATF 132 V 70 consid. 4.1) depuis la première partie de l'année 1998 environ.

A l'instar de ce qu'a retenu l'administration, il convient donc de considérer qu'à partir de juin 1998, la recourante a présenté un état de santé amélioré du point de vue clinique et fonctionnel permettant la reprise d'une activité lucrative telle que décrite par les experts, la persévérance d'une symptomatologie douloureuse au-delà de cette date devant être mise en rapport avec le trouble douloureux somatoforme dont les caractéristiques ne permettent pas de le qualifier d'invalidant.

10. a) Reste à déterminer le taux d'invalidité présenté par la recourante à compter de l'amélioration de son état de santé, tel que considéré au sens de l'assurance-invalidité.

b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors 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 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des

enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé.

c) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus repris d'activité depuis le 29 novembre 1991. Elle était à l'époque employée de bureau au service de l'entreprise X_____ SA, qui l'a licenciée avec effet au 15 décembre 1992. Cette entreprise n'ayant pas fourni de renseignements précis sur les conditions salariales auxquelles était soumise l'intéressée et aucun document au dossier ne permettant de fixer de façon précise son salaire dans la dernière activité exercée, il convient de se reporter aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité.

La recourante conteste la détermination du revenu sans invalidité effectuée par l'OCAI, au motif que celui-ci a occulté le fait qu'elle est secrétaire qualifiée; il convient dès lors, selon l'intéressée, de fixer son revenu sans invalidité à 56'263 fr. 30 (chiffre obtenu sur la base du salaire moyen pour l'ensemble des activités dans le domaine de la production et des services, pour une femme ayant des connaissances professionnelles spécialisées [TA1, total, niveau 3]).

C'est pourtant le chiffre déterminé par l'OCAI qu'il y a lieu de retenir en l'espèce. En effet, la recourante n'est pas au bénéfice d'un certificat de capacité ou autre diplôme équivalent; les cours de secrétariat, d'une durée de trois mois, suivis en 1989/1990 ne sauraient constituer l'équivalent d'un certificat de capacité, obtenu au terme de trois années d'apprentissage, ni fonder la reconnaissance de connaissances professionnelles spécialisées. Eu égard à la très courte expérience professionnelle acquise dans le domaine d'activité considéré, il n'est pas possible de s'écarter de cette conclusion. Dès lors, c'est bien le salaire moyen afférant au domaine des services pour des activités de niveau 4 (activités simples et répétitives) exercées par une femme qui doit être pris en compte, soit 3'506 fr. (cf. TA1 ESS 1998). Après adaptation à l'horaire usuel de travail dans les entreprises en 1998 et annualisation, on obtient un revenu hypothétique sans invalidité déterminant de 44'070 fr.

d) La recourante bénéficie d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité en position alternée assis-debout, sans port de charges et sans activités lourdes et répétitives du membre supérieur droit (tel par exemple un travail de type administratif; cf. rapport d'expertise de la CRR du 16 janvier 2006). Au regard du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante. On ajoutera que l'assurance-invalidité, à la différence de l'assurance-chômage, ne tient pas compte des particularités du monde du travail actuel, comme le réclame à tort l'intéressée. En effet, en matière d'assurance-invalidité, l'administration (ou le juge) applique la notion de marché équilibré du travail, notion théorique et abstraite, servant de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Ladite notion 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 (cf. ATF 110 V 276 consid. 3b; RCC p. 332 consid. 3b), ce qui est manifestement le cas en l'espèce au vu des limitations fonctionnelles de la recourante, somme toute assez banales. Partant, il est raisonnable de retenir une capacité de travail pleine et entière dans le domaine susmentionné.

Il s'ensuit un revenu annualisé de 44'058 fr. après adaptation à l'horaire de travail (41,9 heures) dans les entreprises en 1998 (ESS TA1, total, niveau 4 pour une femme). Une déduction supplémentaire au sens de la jurisprudence susmentionnée (ATF 126 V 78 consid. 5) de 10 % peut être retenue. Il s'agit-là, au vu notamment du jeune âge de l'intéressée, du fait qu'elle est en Suisse depuis de très nombreuses années, qu'elle y a travaillé et qu'elle maîtrise la langue française, de la réduction maximale qui saurait lui être accordée. En conséquence, le revenu déterminant avec invalidité en 1998 est de 39'652 fr.

e) Le taux d'invalidité de la recourante est donc de 10 % ($[(44070 - 39652) * 100 / 44070]$), ce qui est bien en-deçà du seuil de 40 % requis autorisant la poursuite du versement d'une rente.

C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a limité l'octroi de la rente au 30 septembre 1998, soit trois mois après la modification des circonstances (art. 88a al. 1 RAI).

11. Dans la mesure où l'OCAI a d'ores et déjà ouvert une procédure en révision concernant les suites de l'accident survenu en 2006, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur ce sujet.
12. La recourante, qui succombe, supportera un émolument de justice fixé en l'espèce à 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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); 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

Brigitte LUSCHER

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Laurence A_____ -PIQUEREZ

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