

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, de nationalité suisse, est titulaire d'un certificat de secrétariat de l'école REYMOND depuis 1981. Elle a exercé plusieurs emplois de secrétaire jusqu'en 1989, date à laquelle elle a cessé de travailler en raison de dorso-lombalgies.
2. En date du 12 novembre 1993, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans ce cadre l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a réuni différentes attestations médicales.
3. Le 20 mars 1994, le Dr B_____ a rempli un rapport dans lequel il atteste d'un état anxio-dépressif avec somatisation multiple, d'une hypertension, d'une alopécie, d'une anorexie, de thoracalgies, de dorsalgies et de verrues plantaires. Il traitait la patiente depuis le 1^{er} novembre 1991, laquelle n'avait plus travaillé régulièrement depuis 1983.
4. Dans un rapport du 1^{er} juillet 1994, le Dr C_____, spécialiste en psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail totale depuis 1989.

L'assurée présentait depuis une date très ancienne une dépression majeure et un trouble d'anxiété généralisée, ainsi qu'un trouble de la personnalité évitante, avec des traits de personnalité dépendante, ayant entraîné un handicap social et professionnel grave. De plus, elle souffrait d'une alopécie frontale qui renforçait sa tendance à l'isolement et au repli, d'une anorexie mentale en rémission partielle et d'ostéoporose. Elle présentait un handicap considérable, incompatible avec une activité professionnelle.

5. Par courrier du 4 juillet 1994, Madame D_____, assistante sociale aux Institutions universitaires de psychiatrie de Genève, a déclaré appuyer les rapports médicaux des Drs C_____ et B_____ et affirmé qu'il n'était absolument pas envisageable que l'assurée reprenne pour l'instant un travail.
6. Par décision du 13 octobre 1994, la Caisse cantonale genevoise de compensation a alloué à l'assurée, suite à la communication du secrétariat de la commission de l'assurance-invalidité du 24 août 1994, une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} novembre 1992.
7. L'assurée a épousé le 21 août 1999 Monsieur E_____, avec lequel elle a eu deux enfants nés en 1998 et 2000.
8. En 2005, l'OAI a entamé une procédure de révision.
9. L'OAI a requis des renseignements auprès du Dr C_____, lequel était toutefois en 2003.
10. Dans un rapport du 21 juin 2006, le Dr F_____, chef de Clinique à l'unité de psychiatrie de liaison ambulatoire des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), ayant repris le dossier traité par le Dr C_____, a relevé qu'il y avait une amélioration depuis plusieurs années, car l'assurée ne présentait plus aucun

diagnostic psychiatrique, mais uniquement un diagnostic orthopédique à évaluer. Il n'y avait pas d'incapacité de travail en raison d'un trouble psychiatrique. L'assurée présentait seulement une fragilité émotionnelle avec réactions anxieuses facilitées. Elle avait pu reconstruire un environnement social. Une mesure de réadaptation professionnelle était nécessaire, car l'assurée n'était plus à niveau dans sa profession de secrétaire.

11. A la demande de l'OAI, le Dr G_____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne-médecine manuelle, a rendu un rapport d'expertise le 30 octobre 2006, fondé notamment sur un examen clinique de l'assurée du 26 octobre 2006. Celle-ci avait chuté de sa hauteur en juillet 1995 et subi une fracture du condyle fémoral externe gauche avec une intervention et une hospitalisation de 4 mois aux HUG. Elle souffrait d'un pied tombant et d'une ankylose du genou gauche. Elle s'était plainte dès 1997 de dorso-lombalgies basses et de cervico-brachialgies chroniques. Elle mentionnait aussi des gonalgies gauches et coxalgies gauches depuis 2005.

Le Dr G_____ a posé les diagnostics suivants :

- avec répercussion sur la capacité de travail : syndrome dorso-lombaire récurrent chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, gonalgies gauches récurrentes (status post-fracture du condyle externe gauche ostéosynthésée en 1995, gonarthrose tri-compartmentale), ostéoporose avec hypo-oestrogénisme anamnestique en 1988;
- sans répercussion sur la capacité de travail : status post-anorexie mentale et dépression majeure, status post-trouble de l'anxiété généralisée et trouble de la personnalité évitante avec traits de personnalité dépendante de 1982 à 1995, status post-ablation d'un kyste de la parotide en 1979.

Du point de vue rhumatologique, l'assurée disposait depuis 1997 d'une capacité de travail comme secrétaire de 80 % et, après un traitement de thérapie manuelle avec mobilisation douce progressive, d'ici 3 mois de 90%, voire de 100%. Ainsi, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière. L'assurée présentait une limitation fonctionnelle comportant les stations debout et assises prolongées de plus de 1 heure, les mouvements en porte à faux avec long bras de levier, les activités au-dessus de l'horizontale et le port de lourdes charges au-dessus de 5 kg. L'impotence fonctionnelle résidait essentiellement dans le déconditionnement physique et l'amyotrophie du membre inférieur, ainsi que du vécu douloureux chronique qui restait cependant modéré.

12. Dans un avis du 7 juin 2007, la Dresse H_____ du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail comme secrétaire de 80%, taux pouvant être augmenté après une prise en charge médicale.
13. Par projet de décision du 11 juin 2007, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le 1^{er} jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.

14. Le 18 juin 2007, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé ne s'était pas amélioré depuis 10 ans, mais péjoré en raison de la fracture de sa jambe gauche et des complications au genou, d'une jambe plus courte, et des douleurs au dos et à la hanche. Elle souffrait de séquelles de son anorexie.
15. Dans un avis du 20 août 2007, la Dresse H_____ a estimé que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé ou d'une nouvelle atteinte.
16. Par décision du 27 août 2007, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée.
17. Par courrier du 28 septembre 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (actuellement Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) en concluant à son annulation. Elle a exposé que depuis sa chute, les problèmes physiques étaient passés au premier plan. Les examens ordonnés par le Dr G_____ étaient superficiels et les données fournies dans son rapport souvent fausses. En particulier, il était erroné de dire qu'elle marchait sans boiterie et qu'elle pouvait sauter sans douleur. Elle souffrait de douleurs constantes au niveau des épaules, du dos et de la jambe gauche. Elle aurait dû être examinée par un orthopédiste.
18. Le 6 novembre 2007, le Dr I_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport à la suite d'un bilan orthopédique de la recourante effectué les 2 et 5 novembre 2007. Il a retenu les diagnostics de status après ablation d'un kyste de la parotide droite en 1979, status après anorexie mentale et dépression, ostéoporose avec hypooestrogénisme anamnestique en 1988, status après fracture spontanée du condyle fémoral externe gauche en 1995, multiples reprises et troubles neurologiques du membre inférieur gauche, début de coxarthrose gauche, et suspicion de fibromyalgie. La patiente avait, à la suite de sa fracture, des douleurs constantes du genou gauche, migrantes, un raccourcissement fonctionnel du membre inférieur gauche et un varus important ne permettant qu'une marche contrôlée, limitée à 30 minutes et la conduite automobile limitée à 1 h. L'instabilité du genou était présente à chaque pas. Il fallait encore ajouter une importante fatigue généralisée, des raideurs matinales, des cervicodorsolombalgies, des douleurs des deux épaules et des points douloureux qui laissaient à penser qu'il existait également une fibromyalgie, syndrome polyarthralgique et accompagné de douleurs à la pression cutanée, qu'il fallait soumettre à un rhumatologue. De plus, la patiente n'avait pas travaillé depuis 1990 et une réinsertion professionnelle pourrait être un échec, car l'ensemble des diagnostics (hormis le kyste de la parotide) était à mettre sur le compte de l'anorexie mentale, qui avait causé une ostéoporose pathologique pour l'âge.
19. Par courrier du 5 décembre 2007, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'expertise du Dr G_____ ayant pleine valeur probante.
20. Par courrier des 12 décembre 2007 et 25 janvier 2008, le Dr J_____ a écarté le diagnostic de fibromyalgie et s'est déclaré, en l'état, d'accord avec le diagnostic du

Dr I_____ du 6 novembre 2007 et son appréciation des problèmes orthopédiques du genou gauche et leurs conséquences.

21. Par courrier du 4 février 2008, la recourante a requis l'ordonnance d'une expertise judiciaire somatique ou la confrontation des Drs G_____ et I_____.
22. En date du 25 février 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : "Je suis actuellement uniquement suivie par le Dr I_____ que j'ai vu pour la dernière fois à la fin de l'année 2007. Il m'a annoncé que je devrai vraisemblablement me faire opérer, soit mettre une prothèse au genou, opération que je devrais faire faire pour des raisons de couverture d'assurance, par un autre médecin. Je m'estime entièrement incapable de travailler en raison des douleurs constantes aux épaules, bas du dos, dos, hanches et genoux, qui sont survenues après mon accident, étant précisé que mon état s'est également dégradé en raison de l'ostéoporose survenue à la suite de mon anorexie mentale. Mon état se dégrade, notamment par l'augmentation des douleurs, par exemple celles à la hanche survenues depuis une année en raison d'arthrose. J'estime ne pas pouvoir effectuer une activité, même adaptée, dès lors que je vis déjà une vie au ralenti, sans objectifs précis dans la journée, en gérant mes douleurs. Je me lève vers 7h30-8h00, je fais un peu de ménage et des courses légères, étant précisé que je ne peux rien porter de lourd. Je me promène un peu car cela entraîne des douleurs. S'agissant de l'expertise du Dr G_____, j'ai relevé certaines erreurs, notamment lorsqu'il indique que je suis capable de marcher sur les talons ou que je me plais à rester à la maison. Je n'ai jamais accepté mon anorexie. Il est difficile pour moi de dire si l'expertise du Dr K_____ correspond à la réalité. Je signale aussi que depuis mi-2007, j'ai du psoriasis qui sort par crises autour des yeux". La recourante a enfin requis l'ordonnance d'une expertise psychiatrique.

23. A la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, le Dr I_____ a rendu un avis le 12 mars 2008, dans lequel il a indiqué que la recourante souffrait continuellement de dorsolombalgies, de douleurs, d'une grosse déformation du genou gauche, très instable, et d'une malrotation du membre inférieur et du pied gauches résultant de la fracture du genou, elle-même résultant de l'anorexie mentale. La patiente ne parvenait qu'avec peine à effectuer ses tâches journalières et aurait besoin à moyen terme d'une prothèse du genou. Il a relevé que l'expert G_____ ne mentionnait pas la très importante déformation instable du genou et citait à tort une coxalgie. En outre la gonalgie était sous-estimée. La capacité de travail de la patiente était nulle de manière définitive, dans n'importe quelle activité, depuis 1990. Enfin, l'avis d'un expert psychiatre serait utile.
24. Le 28 avril 2008, le Dr J_____ a rendu, à la demande du Tribunal cantonal des assurances sociales, un avis médical. Il a mentionné qu'il était d'accord avec l'appréciation de la capacité de travail du Dr G_____, moyennant une prolongation du délai de trois mois cité par cet expert, soit avec une reprise de travail à 80% en

tant que secrétaire, puis moyennant une prise en charge thérapeutique de 3 mois avec une capacité de travail de 90%, voire de 100%. Les diagnostics mentionnés dans l'expertise étaient compatibles avec une reprise du travail. Contrairement à ce qui était rapporté dans l'expertise, la patiente disait se sentir fragile et fatiguée, avoir des troubles du sommeil mais se sentir beaucoup mieux sur le plan psychologique. Elle ne prenait d'ailleurs aucun médicament de type antidépresseur ou anxiolytique. Ce médecin ne pensait pas que l'on puisse retenir un syndrome fibromyalgique.

25. Par ordonnance du 19 mai 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confié une expertise somatique à la Dresse L_____, FMH rhumatologie.
26. Par courrier du 16 juillet 2008, la recourante a récusé l'experte, au motif qu'elle l'avait déjà consultée à une reprise pour les problèmes de santé qui avaient fondé sa rente d'invalidité.
27. Par courrier du 29 juillet 2008, l'OAI a proposé, compte tenu des allégués de la recourante, que le Tribunal cantonal des assurances sociales confie l'expertise à un autre rhumatologue.
28. Par ordonnance du 18 août 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté les demandes de récusation de la Dresse L_____ formées par les parties.
29. En date du 18 novembre 2008, la recourante a été examinée par la Dresse L_____. Dans son rapport d'expertise du 30 janvier 2009, l'experte a diagnostiqué une gonarthrose tricompartmentale gauche, un défaut d'axe du membre inférieur gauche sous forme d'un varus, une faiblesse résiduelle du releveur du pied et du gros orteil gauches, une fracture du condyle fémoral externe en 1995, une lésion du nerf sciatique poplité externe en 1995, une ostéopénie et des rachialgies sur discrets troubles statiques et déconditionnement musculaire. Depuis octobre 2006, date de l'expertise du Dr G_____, il n'y avait pas eu de modification significative du statut clinique du rachis et du membre inférieur gauche. Les quelques différences retrouvées à l'examen clinique ne modifiaient pas les limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas de fibromyalgie à l'examen clinique. Dans la vie quotidienne, la recourante était peu limitée en faisant tout à son rythme. Elle avait surtout des difficultés à s'accroupir et à faire des courses. S'agissant de la capacité de travail, sur le plan purement ostéoarticulaire, l'assurée présentait une incapacité de 30 % avec un risque d'aggravation progressive de la situation à moyen terme. Ainsi, une activité en tant que secrétaire pourrait être effectuée à raison de 70 %. Cette capacité était susceptible de se détériorer avec le temps. L'expert G_____ avait suggéré une reprise d'activité professionnelle possible dès 1997. Cependant, la patiente n'avait pas eu de suivi médical depuis 1995 et il était impossible de déterminer une capacité de travail de manière objective entre 1995 et 2006. Dans tous les cas depuis 2006, c'est-à-dire depuis l'expertise du Dr G_____, la capacité de travail était de 70 %.

30. Par courrier du 26 février 2009, la recourante a fait valoir qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique. Cependant, son invalidité sur le plan économique était totale dans la mesure où son degré d'invalidité était supérieur à 20 % et qu'aucune mesure de réadaptation n'avait été mise en place.
31. Par courrier du 1er avril 2009, l'OAI s'est référé à l'avis du SMR du 9 mars 2009. La Dresse H_____ a relevé qu'il n'y avait pas d'aggravation manifeste de l'état de santé depuis la première expertise. Cependant, la Dresse L_____ n'expliquait pas pourquoi la capacité n'était que de 70 %. Dès lors, cette expertise n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du Dr G_____.
32. Par arrêt du 31 août 2009 (ATAS/1089/2009) le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis très partiellement le recours, constaté que la recourante n'avait pas droit à une rente d'invalidité, son taux d'invalidité étant de 30%, et mis la recourante au bénéfice de mesure de reclassement professionnel, afin qu'elle puisse réinitialiser ses connaissances professionnelles pour être à même d'exercer à nouveau sa profession à raison de 70%,
33. Les 15 février 2009, 9 mars 2010 et 18 août 2010, l'assurée a sollicité de l'OAI des mesures d'ordre professionnelle.
34. La réadaptation professionnelle s'est entretenue avec l'assurée le 6 octobre 2010 et a proposé une évaluation de la situation dans son ensemble, afin de déterminer quel type de mesure mettre en place.
35. Du 14 au 28 octobre 2010, l'assurée a suivi un bilan de compétence.
36. Par communication du 6 décembre 2010, l'OAI a pris en charge une orientation / observation professionnelle auprès du secteur tertiaire de l'entreprise sociale privée PRO du 6 décembre 2010 au 18 mars 2011.
37. Le rapport d'évaluation de l'entreprise PRO du 24 mars 2011 a conclu que l'assurée pouvait envisager un travail en secteur économique traditionnel (administratif) ; une remise à niveau informatique et un stage de réentraînement au travail étaient préconisés.
38. Dès le 18 avril 2011, l'assurée a suivi un cours d'informatique / dactylographie / français commercial / correspondance commerciale en anglais auprès de Sight and sound.
39. Par communication du 1^{er} juin 2011, l'OAI a pris en charge les cours de Sight and sound et un stage de pratique professionnelle dans l'entreprise PRO du 30 mai au 23 décembre 2011.
40. Le 23 septembre 2011, Sight and sound a attesté que l'assurée avait obtenu le certificat de secrétaire – réceptionniste.
41. Par communication du 16 novembre 2011, l'OAI a pris en charge un atelier club emploi du 5 décembre 2011 au 27 janvier 2012.

42. Le rapport de l'entreprise PRO du 23 décembre 2011 a conclu à une nette progression de l'assurée qui maîtrisait les bases de travail dans un poste de secrétariat ; une mesure de trois mois était proposée afin de décrocher un emploi.
43. Par communication du 9 janvier 2012, l'OAI a prolongé le reclassement professionnel par une mesure de job coach auprès de l'entreprise PRO, en collaboration avec Sight and sound du 24 décembre 2011 au 29 avril 2012.
44. Le rapport de l'atelier club emploi du 6 février 2012 indique que l'assurée est prête à se lancer dans une recherche d'emploi active.
45. Le 30 juin 2012, le SMR a confirmé un taux de travail selon son avis du 7 juin 2007 (capacité de travail de 80%).
46. Un point de situation à fin avril 2012, dans le cadre du mandat d'accompagnement et de placement, relève que seuls deux établissements ont manifesté un intérêt pour le profil de l'assurée, sans engagement.
47. Par communication du 11 mai 2012, l'OAI a pris en charge les frais d'une mesure de coaching du 30 avril au 29 juin 2012.
48. Le 5 juin 2012, l'assurée a sollicité une formation de secrétaire médicale.
49. Le 2 juillet 2012, l'OAI, suite à un entretien avec l'assurée, mentionne que celle-ci est reconnaissante de son reclassement et motivée à trouver du travail.
50. Le 17 septembre 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été engagée le 13 septembre 2012 par l'académie M_____.
51. Le 29 octobre 2012, l'assurée a été licenciée pour le 30 novembre 2012.
52. Le 19 décembre 2012, la réadaptation professionnelle a clos le dossier en constatant une capacité de gain maintenue et un degré d'invalidité négatif. Le revenu sans invalidité était, pour un taux à 100 %, de CHF 50'639.- (ESS 2012, femme, ligne 23, niveau 4) et celui avec invalidité, pour un taux à 80 %, de CHF 51'641.-.
53. Par projet de décision du 22 janvier 2013, l'OAI a constaté que la réadaptation professionnelle était achevée et que, de ce fait, le revenu réalisé excluait le droit à la rente.
54. Le 15 février 2013, l'assurée a écrit à l'OAI que sa capacité à évoluer dans un vrai milieu professionnel s'était révélée impossible et elle sollicitait un stage en entreprise, comme le lui avait proposé sa conseillère.
55. Un entretien a eu lieu avec l'assurée le 23 juillet 2013. L'assurée avait travaillé de septembre à novembre 2012, puis s'était fait licenciée car elle ne tenait pas le rythme.
56. Le 23 juillet 2013, la réadaptation professionnelle a proposé de soutenir l'assurée par le biais d'une aide au placement.
57. Par communication du 26 juillet 2013, l'OAI a pris en charge un atelier club emploi du 27 août au 1^{er} octobre 2013.

58. Un point de situation a été fait à l'OAI le 1^{er} octobre 2013 avec une demande de stage.
59. Le 2 octobre 2013, le rapport de l'atelier club emploi a constaté que l'assurée se sentait mieux et était plus armée pour poursuivre ses recherches d'emploi.
60. Du 28 octobre 2013 au 27 janvier 2014, l'assurée a effectué un stage de secrétaire auprès de l'entreprise N_____ SA (placement à l'essai), selon communication de l'OAI du 19 décembre 2013.
61. Selon un bilan du 17 décembre 2013, le stage était très positif.
62. Par courriel du 23 janvier 2014, N_____ SA a transmis à l'assurée une attestation de stage selon laquelle l'assurée s'était acquittée avec soin des diverses tâches confiées et avait donné entière satisfaction par son travail et ses relations avec ses collègues et ses supérieurs.
63. Le 24 novembre 2014, l'assurée a écrit à l'OAI que son orthopédiste souhaitait obtenir les comptes rendus des expertises orthopédiques de sorte qu'elle sollicitait une copie de son dossier.
64. Par courriel du 25 février 2015, l'assurée a écrit à sa conseillère à l'OAI qu'elle était « méchamment » tombée en octobre, que sa jambe ne s'en remettait pas, qu'elle avait un problème de marche et que son orthopédiste était pessimiste, ce qui était angoissant.
65. Le 8 avril 2015, l'assurée a rempli un formulaire de communication pour adulte : détection précoce mentionnant un accident du 15 octobre 2014, soit une chute et des douleurs au genou et une incapacité de travail de 50% depuis le jour de l'accident. L'OAI l'a réceptionné le 16 avril 2015.
66. Le 3 décembre 2015, la réadaptation a liquidé son mandat en relevant qu'elle avait octroyé des mesures professionnelles de décembre 2010 à janvier 2014, que l'assurée pouvait à nouveau exercer son activité de secrétaire et qu'elle avait répondu à l'exigence du Tribunal cantonal des assurances sociales d'une capacité de travail de 70%.
67. Par décision intitulée « Réussite des mesures professionnelles » du 7 décembre 2015, l'OAI a constaté que la réadaptation professionnelle était achevée et que, de ce fait, l'assurée réalisait un revenu qui excluait le droit à la rente, avec un taux d'invalidité de 0% (revenu avec invalidité calculé, selon le tableau TA7 des ESS, à 80% en 2011).
68. Le 8 janvier 2016, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice en relevant que, malgré les efforts mis à sa réadaptation, elle n'était pas à même de trouver un emploi, qu'elle souffrait d'arthrose aux genoux, avec problèmes dorsaux et d'un pied tombant engendrant des chutes. Elle était tombée fin 2014 en se rendant à un stage organisé par le chômage, et avait subi une entorse au genou, avec aggravation de l'arthrose.

69. Le 4 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours.
70. Le 10 février 2016, l'assurée a indiqué que sa situation s'était dégradée depuis sa chute d'octobre 2014 et que selon le Docteur O_____, orthopédiste, elle avait passé un pallier dans l'évolution de son arthrose.
71. Le 14 mars 2016, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

L'assurée a déclaré : « Cela fait vingt ans que mon état de santé ne va pas et que je le dis sans être entendue. J'ai de l'arthrose, des douleurs dans le corps, en particulier au dos et au genou gauche. Les nerfs de mon pied ont été sectionnés et depuis, j'ai le pied qui ne se relève pas normalement lors de la marche, ce qui engendre des chutes. Je tombe ainsi fréquemment, comme cela a été le cas en juillet 2014 où je me suis ouvert la tête et le 15 octobre 2014 où j'ai subi une entorse au genou, laquelle a accentué la problématique du genou. J'ai communiqué cette chute avec entorse à l'OAI, mais je n'ai pas eu de suites.

Je suis suivie par le Dr O_____ que je vois deux ou trois fois par année, voire plus, ainsi que par un ostéopathe et un médecin généraliste dont je n'ai pas encore le nom, car mon ancien médecin a cessé d'exercer. J'essaie de limiter au maximum la prise de médicaments, mais je prends parfois au besoin des anti-douleurs. J'ai également une genouillère et je mets de temps en temps de la pommade anti-inflammatoire.

J'ai suivi les mesures de l'OAI au mieux, avec sérieux et engagement. J'ai obtenu ainsi un certificat. Cette formation m'a rendue apte à travailler sur un ordinateur, mais j'ai toujours des doutes à exercer mon activité de secrétaire. Les stages de l'OAI ont été à mon sens un peu légers, car j'étais très assistée et cela ne correspondait pas aux conditions de travail normales. Cela a été également le cas chez N_____ SA. D'ailleurs, lorsque j'ai été engagée par l'Académie M_____, j'ai été licenciée un mois plus tard, car je n'avais pas la capacité de rendement nécessaire.

Mon problème principal est la gestion de la douleur, qui entraîne aussi de la fatigue, ce qui me prend beaucoup d'énergie.

L'avocat de l'assurée a déclaré : « Pour nous, l'OAI aurait dû investiguer suite à l'annonce faite par Mme A_____ suite à l'aggravation de son état de santé. L'OAI aurait dû à tout le moins rendre une décision sur l'entrée en matière.

Nous souhaitons principalement que les éléments médicaux au dossier soient investigués.»

La représentante de l'intimé a déclaré : « Pour nous, l'objet du litige est limité à la question des mesures professionnelles. Le droit à la rente n'en fait pas partie. Nous avons en effet reçu un formulaire de détection précoce qui a été joint au dossier, mais aucune suite n'a été donnée concernant une demande de révision.

Je ne peux pas me prononcer sur la question du taux d'activité de 80% retenu par l'OAI, alors que l'arrêt du TCAS de 2009 confirmait une capacité de travail de 70%. J'imagine que l'inversion du salaire avec invalidité et sans invalidité est une erreur. Je ne peux ce jour pas me déterminer sur le calcul du degré d'invalidité.

Je demande un délai pour que l'OAI se prononce sur la question de savoir si le formulaire de détection précoce du 8 avril 2015 peut être considéré comme une demande de révision.

Nous avons eu le Dr O_____ au téléphone, lequel souhaitait l'envoi d'un formulaire AI pour sa patiente, et vu la procédure en cours, nous lui avons conseillé de s'adresser au mandataire de sa patiente. »

72. Le 14 avril 2016, l'OAI a précisé que dans la décision litigieuse, la capacité de travail retenue, de 80 %, était une erreur et qu'elle était de 70 % ; les chiffres du salaire avec et sans invalidité avaient été inversés par erreur ; corrections faites, le degré d'invalidité était encore de 0% ; même si le revenu sans invalidité était basé sur le salaire statistique identique à celui retenu pour le revenu avec invalidité, le résultat du calcul serait insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ; quant à la communication d'intervention précoce du 16 avril 2015, il ne s'agissait pas d'une demande de révision ; l'assurée faisait seulement référence à des douleurs suite à une chute et ces éléments figuraient déjà au dossier depuis février 2015 sans que l'assurée n'apporte d'élément médical ni ne fasse une demande de révision pour aggravation de l'état de santé ; même si cette demande était qualifiée de demande de révision, il s'en suivrait une décision de refus d'entrer en matière car les éléments apportés (certificat du Dr O_____, non daté, et radiographie du genou gauche du 19 janvier 2014) suite à la décision litigieuse, laquelle correspondait au moment auquel l'assurée avait été informée de son obligation de prouver une aggravation de son état de santé, n'étaient pas suffisants pour rendre plausible cette aggravation.
73. Le 28 avril 2016, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision litigieuse, au renvoi du dossier pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, subsidiairement, à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité. Elle relève qu'elle avait informé l'OAI par courriel du 25 février 2015 de l'aggravation de son état de santé suite à une chute ; l'OAI lui avait transmis un formulaire de demande à compléter mais n'avait jamais investigué l'aggravation ; il était aberrant de prendre en compte un revenu avec invalidité supérieur au revenu sans invalidité ; l'OAI avait aussi omis de procéder à un abattement, lequel devait être d'au moins 20 % ; compte tenu d'une capacité de travail de 70 %, d'un revenu sans et avec invalidité identique et d'un abattement de 20 %, le degré d'invalidité était de 44 %.
74. Sur quoi, la cause a été 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 1er 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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).
3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'OAI constatant à l'égard de la recourante l'achèvement et la réussite des mesures de réadaptation professionnelle et confirmant un degré d'invalidité excluant le droit à toute rente d'invalidité. A cet égard, la chambre de céans constate que la recourante conteste le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, mais ne prétend pas à l'octroi d'autres mesures professionnelles, voire à la prolongation des mesures déjà ordonnées. Ce point n'est donc pas litigieux.
4. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

Ainsi, lorsque qu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou qu'une rente partielle a été accordée en considération d'un certain degré d'invalidité, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 ; 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 119 V 9 consid. 3c/aa ; 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294).

L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de refus de prestations ou fixant le droit à une rente d'invalidité partielle en considération d'un certain degré d'invalidité, d'écartier sans plus ample examen de

nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 412 consid. 2b; 124 II 265 consid. 4a p. 269 s ; 117 V 200 consid. 4b et les références).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations valant demande de révision au sens de l'art. 17 LPGA sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve pertinents (donc de nature à rendre plausibles les faits allégués), en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à cette injonction. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. L'administration jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108, consid 2b). Le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 , 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; ATAS/796/2015 du 20 octobre 2015 consid. 2).

5. En l'occurrence, l'intimé, interpellé au sujet du calcul du degré d'invalidité, a admis que la décision litigieuse comportait un certain nombre d'erreurs qu'il convenait de rectifier mais que cette modification était sans conséquence sur le résultat, soit la constatation d'un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Selon l'intimé, il convient ainsi de prendre en compte, d'une part, une capacité de travail de 70%, et non pas de 80% (conformément à l'expertise judiciaire du 30 janvier 2009) et, d'autre part, un revenu avec invalidité et un revenu sans invalidité identiques.

En toute hypothèse, l'intimé a estimé que la recourante n'avait pas déposé de demande de révision et que, même si l'on qualifiait sa communication du 16 avril 2015 comme telle, il s'en suivrait une décision de refus d'entrer en matière.

Quant à la recourante, elle fait valoir qu'elle a annoncé à l'intimé une aggravation de son état de santé par courriel du 25 février 2015, puis, à la demande de l'intimé, par un formulaire de détection précoce et que l'intimé a totalement omis d'investiguer cette aggravation.

6. La chambre de céans constate que, par courriel du 25 février 2015, puis par un formulaire de détection précoce reçu par l'intimé le 16 avril 2015, la recourante a annoncé à l'OAI une aggravation de son état de santé, par la survenance d'une chute le 15 octobre 2014 entraînant une incapacité de travail de 50% et la persistance de douleurs au genou.

Or, l'intimé n'a donné aucune suite à cette annonce ; en particulier, il aurait dû, s'il estimait que les éléments médicaux produits par la recourante étaient insuffisants pour rendre plausible une aggravation de son état de santé, conformément aux

exigences jurisprudentielles (ATF 130 V 64 ; 9C 789/2012 du 27 juillet 2013) lui impartir un délai raisonnable pour fournir ses moyens de preuve.

On ne saurait à cet égard suivre l'intimé lorsqu'il considère que la notification de la décision litigieuse répond à l'exigence jurisprudentielle précitée dans le sens qu'elle équivaudrait à une demande de moyen de preuve et que la recourante n'aurait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'une décision de refus d'entrer en matière aurait, en toute hypothèse, dû être rendue.

7. Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse doit être annulée dans la mesure où elle constate un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, sans tenir compte de la demande de révision déposée par la recourante le 16 avril 2015, laquelle fait référence à une aggravation de l'état de santé de cette dernière, antérieure à la date de la décision litigieuse.

La cause doit être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il lui incombera d'impartir un délai à la recourante afin qu'elle produise ses moyens de preuve concernant l'aggravation de l'état de santé alléguée et de décider ensuite s'il entre en matière sur la demande de révision, cas échéant de l'instruire et de rendre une nouvelle décision.

En conséquence, il n'y pas lieu, vu l'issue du recours, d'examiner le bien-fondé du calcul du degré d'invalidité de l'intimé.

8. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée en tant qu'elle constate un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité et confirmée pour le surplus et la cause sera renvoyée à l'intimé, dans le sens des considérants.

Enfin, un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1^{bis} LAI) et une indemnité de CHF 2'000.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé (art. 61 let g LPGA).

**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 de l'intimé du 7 décembre 2015 en tant qu'elle constate un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimé dans le sens des considérants.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 2'000.- à titre d'indemnité.
8. 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

Alicia PERRONE

Valérie MONTANI

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