

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3666/2007

ATAS/1089/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 31 août 2009

En la cause

Madame C_____, domiciliée au Lignon, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Luis ARIAS,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée), née en 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'OCAI) a réuni différentes attestations médicales.
3. Le 20 mars 1994, le Dr L _____ a rempli un rapport dans lequel il atteste d'un état anxio-dépressif avec somatisation multiple, d'une hypertension, d'une alopecie, 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 M _____, 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 alopecie 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 M _____ et L _____ 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. En 2005, l'OCAI a entamé une procédure de révision.
8. L'OCAI a requis des renseignements auprès du Dr M _____, lequel était toutefois décédé en mai 2003.
9. Dans un rapport du 21 juin 2006, le Dr N _____, 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 M _____, a relevé qu'il y a 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.

10. A la demande de l'OCAI, le Dr O _____, 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 O _____ 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.

11. Dans un avis du 7 juin 2007, la Dresse P _____ 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.

12. Par projet de décision du 11 juin 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le 1^{er} jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.
13. Le 18 juin 2007, l'assurée a écrit à l'OCAI 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.
14. Dans un avis du 20 août 2007, la Dresse P_____ 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.
15. Par décision du 27 août 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée.
16. Par courrier du 28 septembre 2007, l'assurée a recouru à l'encontre de cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales 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 O_____ 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.
17. Le 6 novembre 2007, le Dr Q_____, 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 faut 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.

18. Par courrier du 5 décembre 2007, l'OCAI a conclu au rejet du recours, l'expertise du Dr O _____ ayant pleine valeur probante.
19. Par courrier des 12 décembre 2007 et 25 janvier 2008, le Dr R _____ a écarté le diagnostic de fibromyalgie et s'est déclaré, en l'état, d'accord avec le diagnostic du Dr Q _____ du 6 novembre 2007 et son appréciation des problèmes orthopédiques du genou gauche et leurs conséquences.
20. Par courrier du 4 février 2008, la recourante a requis l'ordonnance d'une expertise judiciaire somatique ou la confrontation des Drs O _____ et Q _____.
21. En date du 25 février 2008, le Tribunal de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : "Je suis actuellement uniquement suivie par le Dr Q _____ 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 devrai 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 O _____, 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 S _____ 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.

22. A la demande du Tribunal de céans, le Dr Q _____ 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 O _____ 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.

23. Le 28 avril 2008, le Dr R_____ a rendu, à la demande du Tribunal de céans, un avis médical. Il a mentionné qu'il était d'accord avec l'appréciation de la capacité de travail du Dr O_____, 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.
24. Par courrier du 6 mai 2008, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il entendait confier une expertise à la Dresse T_____, spécialiste en rhumatologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise.
25. Par courrier du 14 mai 2008, l'OCAI a fait savoir qu'il n'avait pas d'observations particulières à formuler quant au choix de l'expert.
26. Par courrier du 15 mai 2008, la recourante a proposé quelques questions qu'elle souhaitait voir poser à l'experte.
27. Par ordonnance du 19 mars 2008, le Tribunal de céans a confié une expertise somatique à la Dresse T_____.
28. 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 avait fondé sa rente d'invalidité.
29. Par courrier du 29 juillet 2008, l'OCAI a proposé, compte tenu des allégués de la recourante, que le Tribunal confie l'expertise à un autre rhumatologue.
30. Par ordonnance du 18 août 2008, le Tribunal de céans a rejeté les demandes de récusation de la Dresse T_____ formées par les parties.
31. En date du 18 novembre 2008, la recourante a été examinée par la Dresse T_____. 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 poplitée externe en 1995, une ostéopénie et des rachialgies sur discrets troubles statiques et déconditionnement musculaire. Depuis octobre 2006, date de l'expertise du Dr O_____, 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 O_____ 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 O_____, la capacité de travail était de 70 %.

32. 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.
33. Par courrier du 1er avril 2009, l'OCAI s'est référé à l'avis du SMR du 9 mars 2009. La Dresse P_____ a relevé qu'il n'y avait pas d'aggravation manifeste de l'état de santé depuis la première expertise. Cependant, la Dresse T_____ 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 O_____.
34. Sur ce, 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 du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal fédéral des assurances (art. 132 al. 2 et 134 OJ). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), ne sont pas applicables au cas d'espèce.

4. a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI de février 1993 (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision.

b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

c) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA).

Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

d) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. L'entrée en vigueur de la 4^{ème} 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 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 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2 et du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

e) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est 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 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient 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).

Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

5. En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports des médecins traitants, notamment des Drs Q_____, R_____ et S_____ et des expertises des Dr O_____ d'octobre 2006 et de la Dresse T_____ de janvier 2009.

Il apparaît d'emblée que l'état de santé psychique de la recourante s'est amélioré puisqu'elle n'est plus suivie psychiatriquement depuis des années et que le Dr S_____ atteste d'une amélioration depuis des années en précisant qu'actuellement l'assurée ne présente plus aucun trouble psychique. Il n'y a pas d'incapacité de travail sur la plan psychique. Reste dès lors à déterminer si l'état somatique de la recourante lui permet d'exercer une activité lucrative. A cet égard, celle-ci a été soumise à deux expertises.

L'expertise du Dr O_____ avait été contestée par la recourante et ses médecins traitants, raison pour laquelle le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise somatique. Il convient dès lors de déterminer si l'expertise de la Dresse T_____ a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale.

L'experte a posé des anamnèses, a procédé à un examen clinique général, à un statut clinique général, à un statut ostéo-articulaire et à un statut neurologique. Elle s'est livrée à une discussion, a répondu de manière claire et circonstanciée aux questions qui lui étaient posées, notamment s'agissant des diagnostics et de la capacité de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées et dépourvues de contradiction. Partant, cette expertise répond à tous les réquisits pour lui voir attribuer pleine valeur probante. Ainsi, les conclusions claires et convaincantes de l'experte seront suivies par le Tribunal de céans. Dès lors il y a lieu de tenir pour établi que la recourante présente une capacité de travail dans sa profession de secrétaire de 70% dès 2006. Il convient en outre de relever que ces conclusions ne diffèrent que très peu de celles posées par l'expert O_____ et correspondent également à l'avis du Dr R_____ du 28 avril 2008.

Enfin, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise psychiatrique. En effet, la recourante n'est plus suivie depuis des années sur le plan psychiatrique et le Dr S_____, psychiatre aux Hôpitaux universitaires de Genève, a attesté en date du 21 juin 2006, qu'il avait une amélioration depuis plusieurs années et que l'assurée ne présentait plus aucun diagnostic psychiatrique. Il n'y avait par conséquent pas d'incapacité de travail en raison d'un trouble psychiatrique; l'assurée ne présentait qu'une fragilité émotionnelle avec réaction anxieuse facilitée, sans répercussion sur la capacité de travail.

En l'espèce, le taux de cette incapacité de travail de 30%, tel qu'établi par le Dresse T_____, correspond au taux d'incapacité de gain puisque la recourante est capable de travailler dans sa profession d'origine. Or, un taux d'invalidité de 30% n'ouvre pas droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater que l'état de santé de la recourante s'est amélioré, notamment sur le plan psychiatrique (qui avait entraîné l'octroi de la rente entière d'invalidité) et que sa rente peut donc faire l'objet d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA. La recourante n'a ainsi plus droit à une rente d'invalidité,

6. Il convient toutefois d'examiner si l'assurée peut prétendre à des mesures de réadaptation.

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé.

Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se

fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Il convient de constater que la recourante n'a pas travaillé dans son métier de secrétaire depuis une vingtaine d'années. Or, sur le plan de l'informatique et de la bureautique, ce métier a beaucoup évolué et les connaissances de secrétariat de la recourante ne peuvent plus être à niveau. Par conséquent, il convient de la mettre au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel, afin qu'elle puisse réinitialiser ses connaissances professionnelles pour être à même à nouveau d'exercer sa profession à raison de 70 %.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera très partiellement admis dans le sens des considérants. La recourante qui n'obtient que très partiellement gain de cause n'aura pas droit à des dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement.
3. Constate que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité et confirme sur ce point la décision de l'OCAI du 27 août 2007.
4. Met la recourante au bénéfice de mesures de reclassement professionnel au sens des considérants.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
6. 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

Le président suppléant

Nancy BISIN

Georges ZUFFEREY

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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