

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/330/2007

ATAS/1569/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 30 novembre 2009

En la cause

Madame Q_____, domiciliée à CHÈNE-BOUGERIES, com-
parant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
BERGMANN

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, sis rue
de Lyon 97, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Isabelle DUBOIS, Présidente; Anne REISER et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1960, Madame Q_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) a été victime d'un accident de la circulation le 13 mai 1984. Elle a été hospitalisée pendant près de deux mois en raison du traitement d'une fracture par éclatement du corps de L5 avec discrète protrusion intra-canalair, d'une entorse cervicale et de diverses contusions.
2. De 1987 à 1989, l'assurée a exercé l'activité de téléphoniste et réceptionniste au service de divers employeurs, tantôt à plein temps, tantôt à temps partiel. Elle a mis fin à cette activité en raison de douleurs importantes au niveau du dos.
3. Par une demande enregistrée le 21 avril 1989, l'assurée a sollicité de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (anciennement Secrétariat de l'assurance-invalidité ; ci-après l'OCAI ou l'intimé) des prestations sous forme d'une rente.
4. Ayant défini le degré d'invalidité à 50%, l'OCAI a, par décision du 1^{er} février 1991, reconnu le droit de l'assurée au versement d'une demi-rente à partir du 1^{er} janvier 1989.
5. Dans le rapport d'expertise qu'il a établi le 20 février 1991 à la demande de l'assureur-accidents, le docteur A_____, spécialiste en neurochirurgie, a exposé que l'assurée se plaignait notamment de lombalgies quotidiennes, fluctuantes en intensité, irradiant en barre avec fatigabilité locale « en ceinture », s'étendant parfois jusque dans la région dorsale moyenne, voire cervicale (céphalées d'accompagnement en cas de lombalgies fortes), et d'une exacerbation des lombalgies à la toux et à l'éternuement, lors des changements de position, lorsqu'elle restait longtemps debout ou assise, ces stations n'étant pas supportées plus de trois ou quatre heures, ou encore à l'antéflexion et à la rotation rapide du tronc ; l'assurée se plaignait en outre de crampes occasionnelles à prédominance nocturne des membres inférieurs, de sensation de lourdeur des jambes avec engourdissement et paresthésies occasionnelles des mollets ou des pieds, de fatigabilité à la marche avec tendance à une démarche ralentie, de blocages lombaires occasionnels transitoires et de sensibilité lombaire aux vibrations ou pressions axiales, et d'un impact psychologique négatif au vu des limitations nombreuses rencontrées dans la vie de tous les jours.

À cet égard, le docteur A_____ relevait que l'assurée présentait une labilité psycho-affective certaine, sans tendance à la dissimulation ou à l'exagération objective, des troubles de la concentration et mnésiques, et qu'elle était émotive.

Au terme d'un examen radiographique et scanographique, l'expert observait en particulier que, comparés aux clichés de 1984, il n'existait pas, hors la consolidation apparente de la fracture, d'évolution des lésions concernant le corps vertébral de L5 ni de discopathie nouvelle progressive. En conclusion, ce praticien a posé les dia-

gnostics de status après fracture tassement/éclatement du corps de L5, de lombalgies résiduelles et de syndrome lombo-vertébral statique et fonctionnel, probablement chronicisé, et estimé la capacité de travail de l'assurée à 50%, moyennant restrictions usuelles et ménagement lombo-vertébral.

6. Par lettre du 10 octobre 2002, l'assurée a informé l'OCAI que son état de santé s'était fortement aggravé au cours des dernières années et que, selon son médecin traitant, le docteur B _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, elle pouvait dès lors prétendre au versement d'une rente entière d'invalidité. Interpellé par l'OCAI, ce praticien a précisé que l'aggravation consistait notamment en la progression d'une arthrose concomitante et d'une dégénérescence discale L3-L4 et L4-L5, et que, de son point de vue, l'état de santé de sa patiente, qui était dans l'incapacité totale de travailler depuis dix ans comme le confirmaient les tentatives avortées par le passé, se dégradait sans espoir d'amélioration.
7. Mandaté par l'OCAI, le docteur C _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport d'expertise le 20 novembre 2003, à teneur duquel l'assurée présentait, sur le plan orthopédique, les diagnostics de status 19 ans après fracture-tassement de L5, de discopathie modérée à sévère L4-L5, débutante L5-S1, de spondylose débutante L2-L3 et L3-L4, et de cervicarthrose C5-C6.

Au chapitre de l'appréciation du cas, l'expert exposait notamment que la symptomatologie douloureuse régionale alléguée, relativement importante, pouvait s'expliquer, du moins partiellement, par la cervicarthrose débutante. Il déclarait en outre s'étonner de l'importante discordance entre les éléments objectifs – et leur répercussion fonctionnelle habituellement observée – et les éléments subjectifs présents de manière floride. Cette discordance ne pouvait s'expliquer par les éléments orthopédiques recueillis, et elle faisait craindre la participation significative de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, chez une patiente dont la surcharge psychogène semblait évidente. Une lente aggravation des discopathies était cependant probable.

En conclusion, l'activité de secrétaire et téléphoniste que l'assurée exerçait avant l'accident, qui alternait les positions assise et debout, sans port de charges importantes ni déplacement de longue durée, était adaptée aux limitations fonctionnelles observées ; en cas de position assise soutenue, une adaptation ergonomique de la chaise ou du plan de travail pouvait être étudiée. Dans ces conditions, la capacité de travail de l'expertisée était, sur le plan orthopédique, de 50% au moins. Moyennant ré-entraînement au travail, une capacité définitive de l'ordre de 75% ou plus devait être obtenue.

8. À l'initiative de l'assurée, une contre-expertise a été réalisée par le docteur D _____, spécialiste en neurochirurgie, dont le rapport a été dressé le 6 mai 2004. Ce praticien exposait notamment qu'en dépit de la consolidation osseuse du

tassement et éclatement de L5, un état séquellaire important subsistait. L'aggravation des derniers mois était à mettre sur le compte d'un canal lombaire étroit en L4-L5, qui s'était constitué par la formation de l'arthrose inter-apophysaire postérieure et par un relâchement ligamentaire dans le cadre de la discopathie post-traumatique, ainsi que d'une instabilité qui provenait probablement du même segment.

Ces diagnostics avaient pour conséquence une totale incapacité de travail de l'assurée, et la symptomatologie observée était susceptible d'évoluer.

9. À la demande de l'assureur-accidents, une expertise psychiatrique a en outre été réalisée. Du rapport établi le 9 septembre 2005 par le docteur E_____, chef de clinique au Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève, il ressort notamment que l'assurée présentait un trouble de la personnalité, émotionnellement labile avec des traits infantiles et immatures. Ce diagnostic n'était très vraisemblablement pas antérieur à l'accident, dans la mesure où l'expertisée avait pu faire des études, travailler et mener une vie normale. Pour le surplus, elle avait très probablement des séquelles psychologiques suite à l'accident et elle présentait une incapacité de travail quasi totale.
10. Par décision du 22 décembre, notifiée le 28 décembre 2006, l'OCAI a refusé l'augmentation de la rente d'invalidité sollicitée le 10 octobre 2002, motif pris de l'absence d'une évolution de l'état de santé susceptible de modifier la capacité de travail de l'assurée depuis l'octroi initial.
11. Le 29 janvier 2007, l'assurée a déféré cette décision au Tribunal de céans.
12. Par jugement du 29 mai 2007 (ATAS/608/2007), le Tribunal a admis le recours, annulé la décision du 22 décembre 2006, dit que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 2004 et condamné l'intimé au paiement d'une indemnité de dépens en faveur de celle-ci, en 2'000 fr., ainsi qu'à un émolument de justice de 500 fr.
13. À l'encontre de ce jugement, l'OCAI a, par acte du 4 juillet 2007, interjeté un recours en matière de droit public au Tribunal fédéral.
14. Par arrêt du 12 août 2008 (9C_435/2007), le Tribunal fédéral a admis ledit recours en ce sens que le jugement du 29 mai 2007 était annulé, la cause étant renvoyée au Tribunal de céans pour nouvelle décision au sens de ses considérants.

À cet égard, la Haute Cour a notamment estimé que c'était à tort que le Tribunal de céans avait accordé pleine valeur probante à l'expertise du docteur D_____, alors que le rapport de ce praticien ne remplissait manifestement pas les conditions requises par la jurisprudence en la matière, dans la mesure où, notamment, où celui-ci s'était très largement appuyé sur les indications fournies par la recourante et où il avait renoncé à fournir lui-même une description fondée des li-

mitations fonctionnelles concrètes découlant des éléments somatiques retenus. Il convenait par conséquent de procéder à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

15. Suite à l'audience de comparution des mandataires du 30 septembre 2008, les parties ont fait part de leurs suggestions relativement à l'expertise requise. Sur cette base, le Tribunal a confié, par ordonnance du 17 novembre 2008, le soin d'établir un rapport d'expertise multidisciplinaire au Centre d'expertises médicales de la Polyclinique universitaire de Lausanne (CEM).
16. Selon le rapport d'expertise établi le 9 juin et complété le 15 juillet 2009 par les docteurs F_____ et G_____, internistes, et par le docteur H_____, psychiatre, la recourante présentait, comme ayant des répercussions sur sa capacité de travail et suivant la Classification internationale des maladies (CIM-10), les diagnostics de lombalgies chroniques avec fracture de L5, actuellement consolidée, et discopathies L4-L5 et L5-S1 (M.54.5) et de probable trouble mixte de la personnalité (F61.0).

L'expertisée se plaignait notamment de douleurs importantes au réveil, qui nécessitaient un « dérouillage » d'environ une heure. La symptomatologie survenue après l'accident n'avait pas changé en termes de caractère, mais d'intensité. Elle évaluait l'intensité des douleurs, qui se manifestaient par crises de deux ou trois heures le matin surtout, à 10 sur une échelle de 0 à 10. Pour le surplus, elle se soumettait à un traitement médicamenteux à base de Tilur Retard 1-0-1, de Sirdalud 4 mg 0-0-1 et de Zaldiar 0-0-2, ainsi qu'à une prise en charge thérapeutique, une fois par mois, par le docteur I_____, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de la recourante depuis 1996, et par le docteur B_____, ainsi que par un gynécologue une fois tous les six mois.

Au terme de la consultation de psychiatrie du 23 février 2009, le docteur H_____ exposait notamment qu'il semblait que le mode de vie de l'expertisée, entourée d'abord par des parents à la limite de la complaisance puis par une famille et un conjoint qui paraissaient très à l'écoute de ses besoins, avait été essentiellement celui du passage d'une dépendance à une autre. Si l'hypothèse des troubles de la personnalité était retenue, il était possible de dire que ces troubles étaient présents avant l'accident et qu'ils n'avaient pas été décompensés à cette occasion. Suite à l'accident, la recourante avait souffert de quelques symptômes appartenant au registre de stress post-traumatique, qui s'étaient progressivement amendés sans disparaître totalement, et ce stress, peu invalidant, n'avait pas entraîné une modification durable de sa personnalité. Les douleurs et le renoncement au sport et aux autres activités physiques avaient certainement représenté pour la recourante une blessure narcissique importante, qui participait probablement à une surcharge psychogène de ces mêmes douleurs. Pour le surplus, le sentiment de ne pas être écoutée, les conflits assécurologiques et la chronicité des douleurs avaient certainement aggravé un sentiment de découragement et de révolte.

Selon le rapport établi par le docteur J _____, l'examen neuropsychologique effectué le 4 mars 2009 avait mis en évidence, au premier plan, des difficultés d'attention et de mémoire de travail, auxquelles s'associait un léger ralentissement, chez une patiente avec qui la collaboration était parfois difficile compte tenu du comportement très démonstratif et algique qu'elle adoptait.

Suite à la consultation de rhumatologie du 11 mars 2009, le docteur K _____ exposait pour sa part que, sans notion de nouveau traumatisme, la recourante signalait une aggravation de son état de santé sous forme d'une augmentation de l'intensité douloureuse, sans modification de la topographie douloureuse. Objectivement, l'examen clinique n'avait pas permis de conclure à une modification de l'état de santé de l'expertisée, compte tenu de la présence de signes comportementaux de Waddell et de Kummel, lesquels ne mettaient cependant pas en doute l'authenticité des plaintes de l'expertisée mais suggéraient une composante non organique à la symptomatologie douloureuse. On n'observait pas d'aggravation structurelle anatomique significative depuis 2002, et les limitations fonctionnelles objectives étaient dues à des phénomènes algiques.

En résumé, les experts estimaient que, sur le plan somatique, la recourante présentait des limitations fonctionnelles pour les tâches l'exposant à des vibrations corporelles intenses, la marche en terrain irrégulier, les mouvements répétitifs de flexion du tronc, et de rotation. Dans une activité adaptée à ces limitations, une capacité de travail semblait rester exigible à un taux de 50%. Sur le plan psychiatrique, les limitations étaient présentes dans les activités nécessitant un rendement et une attention importante. Le trouble de la personnalité était en fait potentiellement à même de limiter son insertion dans un travail en équipe. En tenant compte de ces éléments, il subsistait toutefois une capacité de travail dans une activité adaptée (travail administratif, absence de responsabilités, encadrement) d'environ 50%, qui ne s'additionnait pas aux limitations d'origine somatique et algique. Pour le surplus, il n'y avait pas eu de changements significatifs de l'état de santé de la recourante entre le mois de février 1991 et le mois de décembre 2006. Certes, un antécédent traumatique était à l'origine de la problématique actuelle, mais sa manifestation principale (douleurs chroniques) semblait carrément sortir du champ biomédical et ne pouvait être attribuée à une évolution défavorable sur le plan orthopédique. Cet aspect fondamental dans l'appréciation globale n'était absolument pas évoqué par le docteur D _____, qui suggérait plutôt les difficultés relationnelles rencontrées par l'expertisée lors de son entrevue avec le docteur C _____. Enfin, contrairement à ce qu'estimait ce dernier praticien, l'appréciation globale ne permettait pas d'envisager une augmentation de la capacité de travail de l'expertisée.

17. Par un avis rédigé le 27 août 2009, le docteur I _____ a fait état de son complet désaccord avec les conclusions de l'expertise du CEM, pour les deux raisons principales suivantes.

D'une part, les experts considéraient que les traits infantiles avec immaturité psychologique constatés chez la recourante étaient structurels à sa personnalité et antérieurs à l'accident, et qu'ils auraient évolué vers une incapacité à s'adapter dans le monde du travail actuel. Cette appréciation ne tenait guère compte de l'importance de deux tentamens médicamenteux survenus en 2002 et en 2008. De même, il n'était pas fait mention de la personnalité stable avant l'accident et attestée par de nombreux documents. La différence de personnalité entre la période précédant l'accident de celle qui avait suivi cet événement dramatique était pourtant flagrante. D'autre part, les experts reconnaissaient une incapacité de travail liée au problème ostéo-articulaire de l'ordre de 50% et constataient une incapacité de travail d'origine psychiatrique évaluée à environ 50% (mais évaluée à 100% par le docteur E_____, également experte en psychiatrie); étonnamment, l'incapacité d'origine psychiatrique n'était pas cumulée avec celle d'origine rhumatologique, ce qui défiait toute logique.

La recourante, qui avait commis deux tentamens médicamenteux, était une personne à bout de nerfs, détruite sur le plan psychique et qui n'avait aucune chance de se réinsérer dans le monde du travail.

18. Se fondant sur un avis du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) du 11 août 2009, l'OCAI a, par lettre adressée au Tribunal le 7 septembre suivant, déclaré confirmer ses conclusions et conclure au rejet du recours.
19. Par mémoire déposé à l'office postal le 7 septembre 2009 également, la recourante a pour sa part déclaré persister dans les termes de son recours, et conclure en outre à ce que l'expertise des 9 juin et 15 juillet précédent soit écartée de la procédure et à ce que les docteurs I_____ et G_____ soient entendus en qualité de témoins.

La recourante fait en substance valoir que l'expertise des 9 juin et 15 juillet 2009 contenait de nombreuses erreurs factuelles, parmi lesquelles le fait qu'elle aurait corroboré de quelque manière que ce soit l'existence d'un trouble de la personnalité préexistant à l'accident. Ces erreurs étaient malheureusement révélatrices d'une certaine légèreté dans le travail des experts. D'autre part, les médecins qui l'avaient examinée étaient jeunes et ils n'avaient manifestement pas l'expérience du docteur D_____ ou, par exemple, celle du docteur B_____. D'entrée de cause, le docteur G_____ avait clairement donné l'impression qu'il n'abordait pas l'expertise sans préjugés; pour lui, elle exagérait ses plaintes et son invalidité, et faisait montre de mauvaise volonté. Pour le surplus, elle n'avait jamais vu le docteur F_____, qui était pourtant censé avoir été le médecin responsable de l'expertise. Ces défauts étaient révélateurs de partialité, ce qui était plus grave encore. Il convenait en outre de mentionner l'approche cavalière du CEM, qui avait obligé le Tribunal de céans à l'interpeller pour obtenir une réponse complète à toutes les questions posées par l'ordonnance d'expertise.

Sur le fond, il était sans pertinence de savoir si les causes de l'invalidité étaient objectivables ou non, ou encore si l'invalidité était due exclusivement à un certain accident ou si un état préexistant était également en cause. Or, à la lecture de l'expertise, ces éléments étaient longuement discutés, les experts donnant l'impression de vouloir mettre en doute la réalité de ses souffrances et de son invalidité au motif que celle-ci aurait des causes non organiques, psychiques ou préexistantes à l'accident, alors même qu'ils ne mettaient ni en doute la réalité de ses plaintes ni le principe selon lequel de fortes douleurs peuvent parfaitement occasionner une invalidité totale et entraîner, à la longue, des troubles psychiques invalidants.

Entre autres frappantes absurdités, on doit se demander comment, selon les experts, elle devrait pouvoir travailler à 50% dans une activité adaptée alors qu'elle doit pouvoir changer fréquemment de position, qu'elle ne peut pas porter de charges, qu'elle ne peut accomplir de travaux lourds, qu'elle ne peut pas marcher, qu'elle est atteinte dans sa capacité d'apprendre, qu'elle a un rendement réduit et qu'elle ne peut accomplir de mouvements répétitifs de flexion du tronc ou de rotation. Peut-on imaginer un travail qui concilie toutes ces restrictions ? Peut-on imaginer un employeur qui, vu toutes ces restrictions, l'embaucherait ?

Enfin, il apparaissait que le point de vue orthopédique n'avait pas été discuté alors qu'il était d'une évidente pertinence, et que l'absence d'éléments parlant en faveur d'une instabilité voire d'une aggravation des atteintes aux vertèbres n'avait rien de surprenant puisque les examens susceptibles de révéler une telle instabilité (radios en mouvement) n'avaient pas été effectués.

20. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettres du 11 septembre 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229

consid. 1.1, 129 V 1 consid. 1.2 et les références citées). D'autre part, le juge des assurances sociales se doit, en règle générale, d'apprécier la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références citées).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au greffe du Tribunal le 29 janvier 2007 est recevable.
4. Le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit de la recourante à une demi-rente d'invalidité, et singulièrement sur l'existence d'une aggravation de son état de santé depuis la décision initiale de rente du 1^{er} février 1991.
5. En vertu de l'art. 28 al. 1^{er} LAI, dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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.

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 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007).

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).

Il sied encore de relever que les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère cependant pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001

p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine*). À toutes fins utiles, on rappellera sur ce point que, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de syndrome douloureux persistant (qui n'a pas été posé dans le cas d'espèce) ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que de tels troubles, ou leurs effets, peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté (ATF 130 V 352). En toute hypothèse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/ KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, *in* : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER ; voir sur l'ensemble du sujet l'ATF 131 V 49).

6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Cela dit, le juge peut et doit 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 lui (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

Enfin, si le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

En l'espèce, les arrêts rendus par le Tribunal de céans et par le Tribunal fédéral ont établi que ni le rapport d'expertise du docteur C_____ ni celui du docteur D_____, dressés respectivement les 20 novembre 2003 et 6 mai 2004, n'avaient une valeur suffisante pour trancher l'objet du présent litige, de sorte que la réalisation d'une expertise multidisciplinaire a été rendue nécessaire.

À cet égard, il y a lieu d'observer que le rapport de l'expertise réalisée par les docteurs F_____, H_____, G_____, J_____ et K_____ se fonde notamment sur le dossier médical complet de la recourante, tel que constitué depuis février 1986, sur des éléments anamnestiques étendus, sur les résultats de consultations spécialisées en rhumatologie, en neuropsychologie et en psychiatrie, sur les plaintes exprimées par la recourante, sur la synthèse réalisée par les spécialistes consultés, et il répond aux questions posées dans le cadre du mandat d'expertise, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante.

L'argumentation de la recourante, qui vise à faire écarter ce rapport d'expertise de la procédure, motif pris de la « légèreté » et de la « partialité » des experts, ne résiste pas à l'examen. Certes, certains faits rapportés n'étaient pas tout à fait conformes à la réalité, mais ces faits sont sans pertinence pour la solution du présent litige, si bien qu'ils n'ont pas même été consignés dans l'état de fait du présent jugement. Pour le reste, la jeunesse, voire l'inexpérience d'un expert n'est pas un critère suffisant pour mettre en doute son avis si, par ailleurs, il a conduit son examen et motivé son appréciation conformément aux exigences applicables en la matière. Il en va de même en ce qui concerne les réserves de la recourante au sujet des préjugés qu'elle a pu déceler dans l'attitude de l'un ou l'autre des experts : si de tels préjugés ne se reflètent pas dans le résultat des examens réalisés, en ce sens que les conclusions de l'expert sont dûment motivées par les éléments recueillis et exemptes de contradictions, on ne voit pas sur quelles bases le Tribunal serait autorisé à s'en écarter.

Il est d'autre part apparu, au vu de l'ensemble des éléments qui figurent au dossier, que les actes d'instruction requis par la recourante, à savoir l'audition des docteurs I_____ -PIRKL et G_____, dont les opinions figurent au dossier, se-

raient impropres à modifier l'appréciation du Tribunal. Partant, il a été renoncé à ces mesures.

7. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA prévoit que 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.

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 dès lors être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Cela étant, un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1 et les références).

Enfin, il n'est peut-être pas inutile de rappeler que, depuis le 1^{er} janvier 2008, la loi prévoit expressément, à l'art. 7 al. 2 LAI, que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce (art. 7*d*), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14*a*), de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18*b*) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie.

En l'espèce, il s'impose de retenir que, sur le plan somatique, les troubles dont la recourante se plaint aujourd'hui sont globalement superposables à ceux qu'elle décrivait au docteur A_____ en février 1991, et que les diagnostics posés à l'époque par les experts judiciaires sont identiques.

Sur le plan psychiatrique, le docteur H_____ fait état de la présence d'un probable trouble mixte de la personnalité, dont les manifestations étaient déjà évoquées par le docteur A_____ sous les traits d'une labilité psychoaffective certaine.

Il apparaît ainsi, selon toute vraisemblance, que le tableau clinique présenté par la recourante n'a pas connu de modification significative depuis le mois de février 1991. Force est en outre de constater que les rapports médicaux des docteurs I_____-PIRKL et B_____ ont été établis essentiellement sur la base des plaintes et des inquiétudes formulées par leur patiente. Ces inquiétudes trouvent encore un écho dans le dernier avis de son médecin traitant, qui justifie l'incapacité totale de travail de la recourante moins par l'état de santé qu'elle présente actuelle-

ment que par une prétendue modification de sa personnalité suite à l'accident ou par l'importance, négligée jusqu'ici, de deux tentamens. En tout état, il apparaît que ni le docteur I_____ -PIRKL ni le docteur B_____ ne font état d'éléments objectivement vérifiables et pertinents qui auraient été ignorés par les experts du CEM au terme de leurs examens. Ces deux praticiens ne soulèvent pas non plus de critiques susceptibles de faire admettre que le rapport d'expertise des 9 juin et 15 juillet 2009 serait entaché d'erreur ou présenterait des arguments contradictoires ; sur ce point, l'argument du docteur I_____ -PIRKL selon lequel un patient incapable de travailler à 50% en raison de troubles physiques et, dans le même temps, incapable de travailler à 50% en raison de troubles psychiques, est nécessairement totalement incapable de travailler tombe tout bonnement à faux. Partant, l'on ne saurait s'écarter des conclusions du rapport d'expertise de juin et juillet 2009 sans contrevenir aux principes qui ont été rappelés plus haut. Au degré de vraisemblance prépondérant exigé en matière d'assurances sociales, il y a donc lieu de retenir, sans qu'une nouvelle mesure d'instruction se justifie, que l'état de santé de la recourante est demeuré globalement stationnaire entre les deux décisions de l'OCAI.

En d'autres termes, il s'impose de constater que les éléments produits par la recourante à l'appui de ses écritures ne fournissent pas, au degré de vraisemblance requis, d'indices suffisants en faveur d'un changement des circonstances, et qu'ils constituent simplement une nouvelle appréciation du cas. En toute hypothèse, un motif de révision au sens des dispositions légales applicables ne ressort pas clairement du dossier, de sorte que l'intimé était fondé à en conclure que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité demeurait inchangé.

Le recours devra par conséquent être rejeté.

8. L'art. 69 al. 1^{bis} LAI, entré en vigueur le 1^{er} juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

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

Statuant

À 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 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Irène PONCET

Isabelle DUBOIS

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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