

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3548/2006

ATAS/441/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 25 avril 2007

En la cause

Madame C _____, domiciliée , CAROUGE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître AELLEN Cyril

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née le 1967 et mère de deux enfants nés en 1995 et 1999, était employée depuis le 1^{er} janvier 2001 en tant que réceptionniste.
2. Selon une déclaration d'accident du 30 septembre 2003, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation la veille et a subi un traumatisme de type « coup du lapin ». Elle n'a pas été capable de reprendre le travail.
3. Le 15 octobre 2003, le service des experts véhicules de l'ALLIANZ SUISSE a devisé les réparations nécessaires sur le véhicule de l'assurée à 6'455.20 fr.
4. Dans un certificat médical initial du 12 décembre 2003, le Dr A _____, spécialiste en médecine manuelle, a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 15 octobre 2003 et diagnostiqué une contusion cervicale proximale avec probables lésions des ligaments alaires et contusion articulaire C4-C5 à droite. Les premiers symptômes s'étaient manifestés par des douleurs invalidantes du rachis dès l'accident. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.
5. Selon un rapport du 9 décembre 2003 du Dr B _____, radiologue, qui faisait suite à un CT-scan cervical avec exploration fonctionnelle, il n'y avait pas de signes de discopathie ou de cervicarthrose. Il n'y avait pas d'interruption des ligaments alaires objectivée sur les reconstructions coronales. On trouvait enfin un croisement pathologique des diamètres antéro-postérieurs surtout au niveau C0-C1 et C0-C2, et très peu de déviation du croisement de ces diamètres en C1-C2.
6. A la demande de l'assurance, le Dr A _____ a indiqué le 11 mars 2004 que sa patiente n'avait pas repris le travail et qu'elle présentait toujours des cervico-dorsalgies avec une importante limitation de la flexion-extension cervicale depuis son traumatisme. Ces atteintes étaient fluctuantes et plutôt au décours. Il espérait les améliorer par des thérapies neuromusculaires.
7. Selon le rapport du 21 avril 2004 de l'inspecteur des sinistres de l'assurance, l'assurée était arrêtée à un cédez le passage. Un véhicule l'avait percutée à l'arrière. Le choc avait été très fort. Elle regardait sur sa gauche au moment du choc. Elle avait ressenti un vertige et par la suite des nausées, des tensions à la nuque et des douleurs dans les lombaires ainsi que des fourmillements dans la main gauche. Le jour même, elle a été à l'hôpital, puis a consulté le lendemain le Dr H _____, son médecin traitant, ainsi que le Dr A _____ pour un traitement manuel.
8. Dans son rapport du 28 avril 2004, le Dr C _____, médecin mandaté par la MAAF, assureur du véhicule tamponneur, a mentionné que l'assurée se plaignait de la persistance de douleurs cervicales irradiant vers le crâne jusqu'au front ou vers le segment dorsal, et de douleurs lombaires, accentuées par les positions prolongées et

la marche. L'assurée avait présenté un traumatisme cervical sans lésion osseuse, une entorse cervicale (inversion de la lordose). Il persistait une raideur douloureuse cervicale majeure, avec composante psychologique, dont l'évolution restait à suivre. La consolidation ne pouvait être déclarée acquise. L'incapacité de travail durait depuis le 29 septembre 2003.

9. Par courrier du 4 mai 2004, l'employeur de l'assurée a mis fin au contrat de travail avec effet au 31 juillet 2004.
10. Selon le rapport d'expertise de l'assurance-accidents du 10 juin 2004, le véhicule tamponneur circulait, lors du choc, à une vitesse comprise entre 15,5 et 22,5 km/h et la voiture de l'assurée avait subi un accroissement de vitesse de 9 à 15 km/h.
11. Le 25 août 2004, l'assurance-accidents a transmis à l'assurée le rapport rendu le 20 juillet 2004 par la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR) suite à son hospitalisation du 22 juin au 14 juillet 2004 en lui impartissant un délai de 30 jours pour apporter des remarques ou explications complémentaires. D'ores et déjà, l'assurée était avertie que l'assurance mettrait fin à ses prestations le 31 août 2004.

L'examen de neuropsychologie des 24 et 25 juin 2004 avait montré un ralentissement modéré à certaines épreuves chronométrées. La patiente mettait elle-même en relation la lenteur dont elle souffrait avec sa médication et ses douleurs, ce qui ne pouvait pas être exclu. Le reste des fonctions cognitives investiguées se situait globalement dans les limites de la norme. Selon le consilium psychiatrique du 28 juin 2004, la question de douleurs en discordance avec les éléments objectifs se posait. En l'absence de souffrance psychosociale manifeste, on ne pouvait pas retenir de trouble somatoforme. Tant les plaintes que l'observation parlaient contre un état dépressif ou anxieux franc. En particulier, un état de stress post traumatique pouvait être raisonnablement récusé. Le psychiatre ne retenait pas de troubles psychogènes francs et encore moins de troubles dans ce domaine valant incapacité de travail. Il prenait acte des facteurs de stress, à savoir l'accident, la perte d'emploi et encore un événement accidentel similaire chez l'époux.

A la sortie de son hospitalisation, la CRR a délivré à l'assurée un certificat d'incapacité de travail d'un mois, soit jusqu'au 11 août 2004. Les diagnostics de cervicalgies chroniques dans les suites d'un accident avec une petite instabilité rotatoire au niveau C0-C2, une discopathie C5-C6 et une petite protrusion discale postéro-médiane peu sténosante au niveau C5-C6 étaient retenus.

Selon le rapport final de la CRR du 20 juillet 2004, l'examen clinique était difficile avec une patiente peu collaborante, immédiatement algique et refusant la réalisation de certains tests du fait de la douleur. N'ayant pas pu obtenir de la patiente la confiance nécessaire à la poursuite du traitement, l'hospitalisation avait donc été interrompue. A l'issue du séjour, il n'existait pas d'amélioration de l'état de santé de la patiente et la capacité de travail de celle-ci restait donc nulle. Les bilans

radiologiques ne permettaient pas de mettre en évidence de façon objective une explication à la persistance des douleurs. L'existence de facteurs environnementaux non médicaux pourrait influencer la persistance de l'état douloureux chronique.

12. Le 28 septembre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
13. Par décision du 30 septembre 2004, l'assureur-accidents a mis un terme au versement de ses prestations au 31 août 2004. Il a confirmé cette décision le 30 décembre 2004, sur opposition de l'assurée. Suite au recours de celle-ci, le Tribunal de céans a annulé cette décision, par arrêt du 19 septembre 2005, et lui a octroyé le droit aux prestations d'assurance-accidents obligatoire au-delà du 31 août 2004. Ce faisant, le Tribunal de céans a admis la causalité naturelle et adéquate, en raison notamment, en ce qui concerne cette dernière condition, de l'incapacité de travail durable, de la persistance des douleurs et de la durée du traitement médical.
14. Le 21 septembre 2005, l'assurée a fait l'objet d'une expertise par le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, à la demande de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). L'expert a diagnostiqué des cervicalgies et lombalgies chroniques. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il a mentionné des discrets signes en faveur d'un syndrome du canal carpien droit. L'éventuelle limitation était liée aux douleurs subjectives, en l'absence de lésions importantes ou d'atteintes psychiatriques objectivables, exceptée une certaine rectitude sur les radiographies et une raideur à l'examen. L'expert n'a pas non plus constaté de blocage articulaire ou de contractures musculaires. Les douleurs subjectives permettaient cependant de douter que l'expertisée eût une pleine capacité de travail. Elle était certainement capable de reprendre son travail de réceptionniste et téléphoniste qui ne demandait aucun effort physique et permettait aussi des changements de position. L'incapacité de travail avait théoriquement diminué depuis début 2005, voire avant.
15. A la demande de l'assureur-accidents, l'assurée a fait l'objet le 7 février 2006 d'une expertise médicale au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) à Nyon. Selon le rapport interdisciplinaire de la Dresse. E_____, rhumatologue, des Drs. F_____, psychiatre, et G_____, neurologue, elle souffre de cervicalgies et lombalgies chroniques non spécifiques et de céphalées tensionnelles. Les experts ont par ailleurs relevé des facteurs d'exagération probable. L'expertisée se plaignait de douleurs, d'intensité toujours égale à celle du premier jour, au niveau cervical et lombaire, ainsi que de céphalées et ceci en dépit de tous les traitements tentés jusqu'à présent. L'intensité des douleurs cervicales était de 8 sur 10. Elles se compliquaient parfois de crises douloureuses durant quelques jours avec des blocages et des contractures musculaires surajoutées, ce qui intensifiait les douleurs à 10 sur 10. La position assise pouvait être tolérée environ 2 heures et la station debout environ 20 minutes. La marche était restreinte à 10 à 15 minutes au maximum. Des douleurs lombaires se situaient à environ 7 sur 10. A cause des

douleurs, elle a dû stopper toute activité physique et était très limitée dans sa vie quotidienne, notamment pour les tâches ménagères astreignantes. Elle passait la majeure partie de la journée à la maison assise ou couchée et ne sortait qu'environ 40 minutes par jour en deux ou trois fois pour de courtes promenades, pour aller par exemple au parc avec ses enfants. Selon ses plaintes, elle était fatiguée mais non pas déprimée. Elle n'avait ni d'angoisses ni de peurs. Le sommeil était perturbé. Ses plaisirs étaient la peinture, la musique et le chocolat.

A l'examen rhumatologique, l'expert spécialiste a constaté que la patiente était très figée, démonstrative et réactive à la moindre palpation. Elle marchait en boitant. 12 points de fibromyalgie sur 18 ont été relevés, ainsi que la présence de trois signes de Waddell sur cinq, à savoir une hyperactivité à l'examen, des douleurs à la pression axiale du rachis et des douleurs à la rotation simultanée des deux ceintures. Le rhumatologue a en outre mentionné des restrictions de la mobilité cervicale et lombaire, mais sans signe d'atteinte neurologique. L'examen neurologique avait uniquement mis en évidence des anomalies minimales qui ne pouvaient être à l'origine des douleurs importantes décrites par l'assurée. On se trouvait ainsi devant un tableau d'importante discordance entre les plaintes et les constatations objectives, l'assurée s'étant installée dans un syndrome douloureux chronique. Sur le plan psychique, aucune atteinte n'a pu être décelée. Selon les experts, il n'y avait pas d'incapacité de travail significative, sur le plan somatique, et ceci après une période de six mois faisant suite à l'événement accidentel. Sur le plan psychique, il n'y avait jamais eu d'incapacité de travail.

16. A la demande de l'assureur-accidents, CEMed a complété le 10 octobre 2006 son rapport d'expertise. Concernant les dysesthésies et hypoesthésies dont se plaignait l'assurée, les experts ont relevé que ces plaintes n'avaient pas été objectivées. Il était par ailleurs probable qu'il s'agît d'un discret syndrome du tunnel carpien. La restriction de la mobilité lombaire et cervicale était également très discrète. Enfin, les limitations de la station assise prolongée, de la marche et de l'activité sportive s'inscrivaient dans un contexte d'exagération des symptômes. Les experts avaient à cet égard observé que l'assurée pouvait rester assise durant l'entretien et que l'examen clinique avait été normal.
17. Par décision du 24 mai 2006, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière simple d'invalidité du 1^{er} septembre 2004 au 31 mars 2005. Ce faisant, l'OCAI a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, de sorte qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son domaine d'activité dès le 1^{er} janvier 2005 au moins.
18. Par décision sur opposition du 29 août 2006, l'OCAI a rejeté celle-ci.
19. Dès le 1^{er} septembre 2006, l'assurée a été reconnue capable de travailler à 100 % par ses médecins.

20. Le 28 septembre 2006, l'assurée forme recours contre la décision précitée, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à ce qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée, ainsi qu'à l'audition des Drs H_____, D_____ et F_____, et à la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire. Principalement, elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 29 août 2006, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière jusqu'au 16 juin 2005 et d'une demi-rente du 17 juin 2005 au 31 août 2006, sous suite de dépens. Elle dénie toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr D_____, lui reprochant en particulier de n'avoir pas compris la problématique médicale découlant des traumatismes du type "coup du lapin" qui a la particularité de provoquer des douleurs et des limitations fonctionnelles sans qu'aucune lésion ne soit constatable. Elle fait grief également à cet expert d'avoir insuffisamment motivé ses conclusions concernant sa capacité de travail. Concernant l'expertise du CEMed, elle relève qu'il est insoutenable de considérer que cette expertise corrobore celle du Dr D_____, au vu des séquelles et des douleurs constatées dans l'expertise multidisciplinaire. Elle estime qu'elle doit être reconnue invalide, à tout le moins partiellement, au-delà du 31 mars 2005. En tout état de cause, elle met en cause la valeur probante à l'expertise du CEMed, la jugeant notamment incomplète. Preuve en est, selon ses dires, que l'assureur-accidents a dû demander des renseignements complémentaires aux experts du CEMed et a relevé l'incohérence d'admettre, d'une part, une pleine capacité de travail et, d'autre part, que la position assise est difficile, la marche restreinte et l'activité sportive impossible. La recourante s'insurge également contre la qualification de ses plaintes de simulation ou d'exagération des douleurs, du simple fait que celles-ci sont difficilement explicables, tout en répétant que cette difficulté ressort précisément de la problématique des accidents du type "coup du lapin". Le fait qu'elle ne présente plus d'incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2006 démontre en outre sa volonté de reprendre une vie active et non de demeurer une rentière de l'assurance-invalidité.
21. Le 8 novembre 2006, l'intimé se détermine sur le recours, en concluant à son rejet, sur la base des expertises effectuées.
22. Le 21 mars 2007, la recourante est entendue par le Tribunal de céans. Elle précise qu'il faut être très disponible en tant que réceptionniste, ce qui est difficile avec des forts maux de tête et de nuque. Elle avait également de la difficulté à rester assise pendant plus de 2 heures. Dans le cadre de son travail, elle devait aussi s'occuper de l'économat et d'autres tâches annexes, telles que par exemple mettre des bonbonnes d'eau dans la fontaine. Elle souligne sa bonne volonté de reprendre le travail, puisqu'elle a recommencé à travailler dès le 1^{er} septembre 2006. Par ailleurs, elle insiste sur le fait qu'à la suite de l'accident, elle a subi un traitement médicamenteux lourd, qu'elle souffrait et souffre toujours de photophobie et qu'elle était handicapée pour les tâches ménagères.

23. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante présente encore une invalidité au-delà du 31 mars 2005.
4. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. Conformément à ces dispositions, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels

d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa nouvelle teneur), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).
7. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).
8. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40

PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. De plus, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

9. 3

10. En l'espèce, le Tribunal de céans estime que les expertises des Dr D_____ et du CEMed remplissent tous les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante, contrairement à ce que prétend la recourante. S'agissant du rapport du Dr D_____, il ne saurait notamment être considéré que ses

conclusions sont mal motivées. Ce médecin a clairement expliqué qu'il les fondait sur le fait qu'aucune lésion n'est objectivable et que l'intensité des douleurs n'est pas crédible. Ses conclusions s'appuient dès lors sur des considérations médicales et non pas des jugements de valeur. Enfin, le rapport sommaire du 16 novembre 2004 du Dr A _____ n'est pas susceptible de mettre en cause la valeur probante d'une expertise effectuée par un spécialiste indépendant de l'assurance. Il est à relever par ailleurs que le rapport du 16 novembre 2004 de ce dernier médecin est antérieur à l'expertise du Dr D _____ et que l'intimé a admis une invalidité jusqu'au 31 mars 2005.

Concernant l'expertise du CEMed, une pleine valeur probante ne saurait être déniée à celle-ci du seul fait que l'assureur-accidents lui a posé par la suite des questions supplémentaires. Celle-ci ne comporte pas non plus une incohérence en admettant une pleine capacité de travail, dès lors que les experts n'ont pas admis des limitations dans la station assise, la marche et l'activité sportive, en particulier dans la profession exercée de réceptionniste. La recourante ne fait ainsi valoir aucun argument valable pour mettre en cause cette expertise.

Cela étant, le Tribunal de céans ne juge pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise supplémentaire ni d'entendre les Dr H _____, D _____ et F _____, comme le requiert la recourante.

11. Il n'est pas contesté en l'occurrence que les plaintes de la recourante n'ont pas pu être objectivées sur le plan médical. Les examens n'ont notamment pas mis en évidence une lésion traumatique, à l'exception d'une raideur cervicale relevée par le Dr D _____. Ce dernier expert n'a pas non plus constaté, à l'examen clinique, de blocages articulaires ou de contractures musculaires. Toutefois, les experts du CEMed font état d'une apparente limitation importante douloureuse de la mobilité de la nuque, ainsi que des contractures paracervicales et paralombaires (p. 12 et 13 de ce rapport). Les médecins consultés admettent par ailleurs que la recourante ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique. Une éventuelle incapacité de travail ne pourrait dès lors être admise que sur la base des plaintes subjectives de cette dernière.

Les experts du CEMed ne contestent pas que l'événement accidentel a provoqué des cervico-céphalalgies et que celles-ci peuvent persister pendant une longue période de façon modérée. Cependant, aussi bien ces derniers experts que le Dr D _____ ne jugent pas crédible l'intensité des plaintes alléguée par la recourante. A cet égard, le Dr D _____ perçoit une certaine exagération ou aggravation de la situation, tout en admettant une souffrance difficile à cerner. Il relève que, lors de l'entretien, la recourante quitte momentanément une position figée de la tête et des épaules, mobilise apparemment normalement sa colonne cervicale et réussit des rotations rapides, impossibles à obtenir lors de l'examen. Il estime ainsi que la collaboration de l'expertisée est médiocre. Le fait qu'elle soit

restée assise une bonne partie de l'entretien dans une position de torsion lombaire sans manifester de gêne particulière semble également incompatible avec les douleurs qu'elle décrit.

Quant aux experts du CEMed, ils font certes état des plaintes douloureuses importantes de l'expertisée. Toutefois, contrairement à ce que cette dernière prétend dans son mémoire de recours, ils n'ont pas reconnu l'importance des séquelles alléguées. En effet, le rapport d'expertise ne fait que reproduire les plaintes de l'expertisée. Tout au contraire, ces experts du CEMed arrivent à la conclusion suivante : " ... il existe indubitablement une dissociation entre l'importance des plaintes ainsi que la répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modeste de l'événement accidentel d'autre part. Par ailleurs, les troubles constatés à l'examen clinique évoquent sans doute aucun des facteurs d'amplification." En ceci, ce rapport d'expertise rejoint donc entièrement celui du Dr D_____.

Le Tribunal de céans relèvera également qu'il ne paraît pas très vraisemblable que la recourante souffrait de douleurs cervicales en permanence, avec une intensité de 8 sur une échelle de 10, se compliquant parfois de crises douloureuses durant quelques jours avec des blocages et des contractures musculaires surajoutées, les intensifiant à 10 sur 10. Face à une telle intensité alléguée, à savoir à la limite supérieure de l'échelle des douleurs, il semble étonnant que la recourante ne se trouvait pas dans un état de désespoir total avec une dépression réactionnelle, ainsi qu'un important retrait social, ce qui n'était pas le cas.

La recourante a signalé également des dysesthésies et hypoesthésies des deux mains durant la nuit. Il convient toutefois de relever que ces affections ne sont pas susceptibles de limiter sa capacité de travail dans son activité de réceptionniste.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que, conformément aux conclusions du Dr D_____ et du CEMed, la recourante présente une pleine capacité de travail au plus tard début 2005.

12. Partant, son recours sera rejeté.
13. La recourante succombant, un émolument de 200 fr. sera mis à sa charge, en application de l'art. 69 al. 1 bis LAI.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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