

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4671/2009

ATAS/1243/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 décembre 2014

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec recourante
élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE intimé
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), d'origine portugaise, née le _____ 1962, est arrivée en Suisse en 1977 et a travaillé en qualité de nettoyeuse auprès de l'entreprise B_____ SA depuis le 1^{er} octobre 1994.
2. Le 3 août 1996, alors qu'elle se rendait en vacances au Portugal, l'assurée a été victime d'un accident de voiture sur une autoroute en Espagne. Le diagnostic de coup du lapin a été posé et une fracture du corps de la sixième vertèbre cervicale soupçonnée. Diverses contusions au cou, un hématome périorbital et une bosse frontale ont été constatés. L'assurée n'a présenté aucune perte de connaissance lors de l'accident, mais des nausées et des céphalées sont apparues par la suite. Elle a été immobilisée pendant 38 jours.
3. Depuis cet évènement, dont les suites ont été prises en charge par l'assureur-accidents, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après SUVA), l'assurée est en incapacité de travail, totale ou partielle.
4. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de la colonne cervicale, effectuée le 24 septembre 1996, n'a pas mis en évidence de fracture ou de hernie discale, mais une simple rectitude et un décentrage très discret de l'odontoïde ont été relevés. En outre, le radiologue s'est interrogé sur une éventuelle discopathie débutante ou une ébauche d'une spondylodèse congénitale au niveau C7-D1.
5. Dans son rapport initial LAA du 24 octobre 1996, le Docteur C_____, médecin auprès de la Permanence de Vermont Grand-Pré, a retenu les diagnostics de status post-accident de la circulation, de lésion de la colonne cervicale, de status post stress post-traumatique, de douleur et d'hématome des deux côtés.
6. En date du 26 novembre 1996, le Dr D_____, spécialiste FMH en neurologie, a relevé des signes lésionnels neurogènes de distribution radiculaire C6 bilatéraux et un syndrome canalaire carpien bilatéral prédominant à droite.
7. Du 29 janvier au 26 février 1997, l'assurée a séjourné à la Clinique de réhabilitation de Bellikon. Selon le rapport de sortie du 21 mars 1997, étaient diagnostiqués des symptômes de surcharge du rachis cervical, avec une légère composante irritative, des myosites (partie supérieure du trapèze à droite, sterno-cléido-mastoïdien droit), des ténopériostoses (interspinales), des vertiges d'origine cervicale après des céphalées principalement d'origine cervicale, sans déficits neurologiques, dans un contexte d'état consécutif à une entorse du rachis cervical et à des contusions crâniennes le 3 août 1996, et d'hypercyphose de la partie supérieure du rachis dorsal. Les médecins ont également diagnostiqué de légers symptômes de surcharge du rachis lombaire, avec des myosites paravertébrales à gauche et des tendinites à la charnière lombo-sacrée, dans un contexte d'attitude vicieuse du rachis (dos plat au niveau du rachis dorsal et hyperlordose lombaire). A cela s'ajoutaient encore une sinusite maxillaire, une catarrhe tubaire de l'oreille moyenne et des troubles de l'humeur de nature dépressive. Les médecins estimaient que l'assurée était capable

de reprendre sa précédente activité à 25% dès le 3 mars 1997 et à 50% dès le 1^{er} avril 1997.

8. Un scanner de la colonne lombaire réalisé le 25 mars 1997 a révélé de petites protrusions médianes L4-L5 et L5-S1.
9. Par rapport du 5 juillet 1997, le Dr E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait, suite à l'accident du 3 août 1996, un état de stress post-traumatique alors en voie de résolution progressive, ainsi qu'un trouble de l'adaptation avec une humeur dépressive. En date du 29 octobre 1996, il avait constaté une nette diminution des cauchemars, moins de nervosité, mais toutefois une plus grande fatigue, vraisemblablement à cause des médicaments. L'assurée avait alors interrompu le traitement psychiatrique sans prévenir ou donner d'explication.
10. En septembre 1997, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après l'OAI), mentionnant notamment souffrir de maux de tête, de vertiges, de perte de sensibilité dans les bras et de discopathie débutante.
11. Selon un rapport du 10 février 1998, établi par le Dr F_____, spécialiste FMH en radiologie médicale, l'assurée présentait une raideur cervicale avec un effacement de la lordose physiologique. Il n'avait relevé aucun signe en faveur d'une discopathie cervicale et la structure osseuse était normale. Il avait toutefois constaté une forte diminution de la flexion et de l'extension avec des décalages postérieurs de C3 par rapport à C4 et de C4 par rapport à C5, en extension. Quant à l'apophyse odontoïde et à la charnière C1-C2, elles ne présentaient pas de modification pathologique à l'exception d'une discrète arthrose des masses latérales à droite. Enfin, les apophyses transverses de C7 étaient modérément longues des deux côtés, sans qu'il soit possible d'affirmer la présence d'une cote cervicale.
12. Le 10 février 1998, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie, chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée. Il a signalé un status à un an et demi d'un accident de la circulation, sans perte de connaissance ou lésion osseuse objective, et mentionné que l'état était stationnaire depuis bientôt un an. Il a relevé la persistance des cervicalgies, pratiquement continues, des vertiges, des céphalées, ainsi qu'une perte de mémoire et de la force de concentration. Il a également constaté une polypragmasie, des troubles de la vue d'apparition récente et l'existence d'autres affections sans relation avec l'accident, soit des lombalgies et des gonalgies bilatérales. Il a fait état d'une discordance entre les troubles allégués et les constatations cliniques faites sur le plan de l'appareil locomoteur.
13. Le 17 juin 1999, le Dr D_____ a rendu un rapport suite à un examen neuro-myographique des membres inférieurs, lequel avait permis d'exclure une composante polynévritique. La recherche de signes lésionnels de distribution

radiculaire s'était révélée négative dans les myotomes antérieurs (L4-S1), tandis qu'une discrète activité fibrillatoire avait été observée dans les muscles paravertébraux lombaires, ce qui reflétait l'existence d'une discrète composante radiculaire.

14. Par rapport du 10 juillet 1999, le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques invalidantes post-traumatiques sur la base d'une discopathie C7-D1, un blocage C0-C1 et une anomalie incomplète de Kimmerlé, ainsi qu'un syndrome de stress post-traumatique et des lombalgies chroniques récidivantes sur la base d'une protrusion étagée L4-L5 et L5-S1. L'assurée se plaignait notamment de douleur continue à la colonne cervicale irradiant dans les bras et la tête, de vertiges, d'insomnie, de fréquents changements d'humeur, de douleurs au bas du dos accompagnées de blocage et d'irradiation dans les jambes.
15. Le 20 septembre 2000, l'assurée a été soumise à un examen neuropsychologique, lequel a mis en évidence un défaut du mot à la dénomination, de discrètes difficultés à certaines épreuves exécutives (Luria, Stroop) et des performances déficitaires en double tâche.
16. En date du 13 octobre 2000, un CT-Scan orbitaire, sans particularité des deux côtés, a été réalisé.
17. Une IRM cérébrale, effectuée le 19 octobre 2000, a mis en évidence une petite lésion du pôle antérieur du lobe temporal, avec une attraction de la corne temporale en regard, pouvant correspondre à une séquelle post-traumatique compte tenu de sa localisation.
18. Par rapport du 24 novembre 2000, le Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie, a posé les diagnostics de cervicalgie post-traumatique suite à une entorse cervicale, de discrète anomalie de Kimmerlé congénitale, de spondylarthrose modérée à prédominance C7-D1, d'encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, de syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, d'irritation radiculaire C6 bilatérale, et de scotome du champ visuel de l'œil droit sans conséquence fonctionnelle. La capacité de travail de l'assurée, très volontaire, était de 50%.
19. Par décision du 22 mars 2001, la SUVA a notamment octroyé à l'assurée une rente fondée sur une invalidité de 50%, compte tenu des investigations médicales et économiques.
20. Dans ses rapports à l'attention de l'OAI du 12 avril 2001, le Dr E_____ a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique partiellement résolu (F43.1), d'état dépressif moyen avec un syndrome somatique (F32.11), de boulimie atypique (F50.3) et fait état de multiples problèmes somatiques. Il a également précisé que l'état de l'assurée était stationnaire et qu'elle était incapable de travailler à 50% pour des motifs psychiques.

21. Selon une note interne du 18 mai 2001 du Dr J_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), la décision de la SUVA s'appuyait sur une appréciation globale de l'état de santé de l'assurée de sorte qu'il convenait de retenir un taux d'invalidité de 50%.
22. Un scanner de la colonne lombaire, effectué le 1^{er} juin 2001, a mis en évidence une discarthrose étagée en L3-L4 et L4-L5, avec une protrusion discale également étagée (L3-L4, L4-L5 et L5-S1), se développant sur un canal lombaire limite, voire relativement étroit à hauteur des vertèbres L4 et L5. Une hypertrophie ligamentaire jaune, plus importante à gauche, était également notée.
23. Par décision du 12 octobre 2001, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité avec effet rétroactif au 3 août 1997, considérant que son atteinte à la santé entraînait une incapacité de travail et de gain de 50%.
24. Dans le cadre d'une procédure de révision initiée par l'OAI en mars 2006, l'assurée lui a retourné le formulaire y relatif le 3 juillet 2006, précisant que son état de santé était stationnaire et qu'elle était sous contrôle médical auprès du Dr H_____, la dernière consultation ayant eu lieu le jour même.
25. Entre le 6 juillet 2006 et le 15 mai 2007, l'OAI a sollicité à répétitions des renseignements de la part de l'assurée et du Dr H_____.
26. Le 13 juin 2007, l'assurée a informé l'OAI que les Drs K_____, généraliste, et L_____, psychiatre, la suivaient lorsqu'elle se trouvait au Portugal, où elle avait souvent séjourné en 2006. A Genève, elle consultait toujours le Dr H_____.
27. Par courrier du 3 septembre 2007, le Dr H_____ a informé l'OAI que l'assurée était retournée au Portugal et qu'il ne l'avait plus revue depuis juin 2005.
28. Entre le 31 octobre 2007 et le 26 février 2008, l'OAI a envoyé de nombreux courriers à l'assurée afin d'obtenir les coordonnées d'un médecin-traitant susceptible d'établir un rapport.
29. Le 25 mars 2008, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle se rendrait au Portugal pour être opérée à la « corde vocale gauche » et qu'elle consulterait le Dr H_____ dès son retour en Suisse.
30. Par courriers des 2 et 30 avril 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne pouvait prendre en considération les rapports de son médecin au Portugal et l'a derechef priée de lui communiquer la date de son rendez-vous avec le Dr H_____.
31. Le 4 août 2008, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle se trouvait encore au Portugal suite à l'opération des cordes vocales du 29 mai 2008.
32. Le 22 octobre 2008, elle a transmis à l'OAI une série de documents médicaux rédigés en portugais.
33. Mandaté par l'OAI, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a reçu l'assurée à sa consultation le 29 janvier 2009. Dans son

rapport du 9 mars 2009, ce praticien s'est prononcé sur certains documents médicaux établis en portugais. Ainsi, à teneur du rapport de radiographie de la colonne cervicale et lombaire, de face et profil, examens réalisés le 27 octobre 2006 au Portugal, une méga apophyse transverse de C7, ainsi qu'une uncodiscarthrose de C3 à C6 et une discrète ostéochondrose lombaire avaient été constatées. En outre, les radiographies de la colonne lombaire et des genoux, effectuées le 19 janvier 2007 au Portugal, avaient mis en évidence une spondylose lombaire et une discrète arthrose fémoro-patellaire et fémoro-tibiale, des deux côtés. Enfin, une échographie des deux genoux du 15 janvier 2009 avait révélé la présence d'un minime épanchement bilatéral et un petit kyste de Baker à gauche.

L'assurée se plaignait de douleurs au niveau du rachis cervical, avec une raideur, une irradiation et des endormissements dans les deux bras. Les douleurs augmentaient lorsqu'elle devait porter et soulever des objets. Elle souffrait également de vertiges et de vomissements fréquents. Elle faisait en outre état de dorsalgies gauches, de gonalgies et de blocages lombaires tous les deux mois.

A titre de diagnostics, l'expert a retenu des cervicalgies chroniques suite à une entorse cervicale en 1996 (accident de la circulation), des lombalgies sur des troubles de la posture, une obésité, une hypertension artérielle, de l'asthme, un status après une cure d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral et des gonalgies sur une gonarthrose débutante.

S'agissant de la capacité de travail, le Dr M_____ a considéré que l'assurée était capable de travailler à 100% dans toutes les activités, sans limitations fonctionnelles et sans diminution de rendement.

34. A la demande de l'OAI, le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée en date du 24 août 2009. Dans son rapport du 26 août 2009, ce médecin a retenu un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 1996, sans influence sur la capacité de travail. Il a notamment considéré que les éléments-clés de la dépression, susceptible d'agir sur la capacité de travail, étaient insuffisamment prononcés pour être à l'origine d'une incapacité de travail, même partielle. Cela étant, l'équilibre de l'assurée restait précaire. L'état psychique s'était amélioré, permettant la récupération d'une capacité de travail entière. Cependant, il n'était pas en mesure de déterminer le moment de cette amélioration dès lors qu'il ne disposait d'aucun document psychiatrique décrivant l'évolution depuis 2001. La seule constatation qui pouvait être faite était qu'au moment de l'examen, l'aptitude au travail sur le plan psychiatrique était entière.

Quant aux critères de l'état de stress post-traumatique, ils n'étaient que partiellement voire pas du tout vérifiés, de sorte que ce diagnostic ne pouvait plus être retenu. Il en allait de même des diagnostics de boulimie et de boulimie atypique.

35. Par courrier du 25 septembre 2009, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision, à teneur duquel sa rente allait être supprimée à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, son état de santé physique et psychique s'étant amélioré depuis la décision d'octroi.
36. L'assurée ne s'étant pas prononcée sur le projet précité, l'OAI a rendu une décision le 20 novembre 2009 supprimant la rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant sa notification.
37. Par acte du 23 décembre 2009, complété le 16 mars 2010, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) alors compétent, concluant, sous suite de dépens, à la réalisation d'une expertise psychiatrique et neuropsychiatrique, à l'annulation de la décision querellée et à la constatation de son droit à une demi-rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment contesté une amélioration de son état de santé ainsi que la valeur probante des expertises réalisées sur mandat de l'intimé.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes :

- un courrier en portugais de la Dresse L_____, psychiatre, du 23 février 2010, et sa traduction libre en français, à teneur de laquelle l'assurée était sous traitement psychiatrique depuis le 8 février 2007 en raison d'un stress post-traumatique, d'une anxiété et d'une dépression ;
 - un rapport de la Dresse O_____, du 2 mars 2010, en portugais et non traduit en français.
38. Dans sa réponse du 15 avril 2010, auquel était joint un avis du SMR du 29 mars 2010, l'OAI a conclu à la confirmation de la décision querellée, les rapports des médecins-traitants de la recourante ne permettant pas de mettre en doute les deux rapports d'expertise, bien documentés et probants.
 39. Entendue le 7 juillet 2010 lors d'une audience de comparution personnelle des parties, la recourante a indiqué qu'elle souffrait toujours de cervicalgies, qu'elle avait fait un scanner au Portugal, qu'elle ne pouvait plus lever les bras et qu'elle s'était déjà fait opérer du tunnel carpien aux deux mains.
 40. Le 3 septembre 2010, elle a transmis au TCAS les documents suivants :
 - le rapport de scanner de la colonne cervicale et de la colonne lombaire du 11 mars 2010, faisant état de discrètes lésions disarthrosiques en C3-C4, C4-C5 et C6-C7, de lésions disarthrosiques L5-S1, d'altérations dégénératives disco-vertébrales L4-L5, ainsi que de discrètes altérations disco-vertébrales en L1-L2, L2-L3 et L3-L4 ;
 - une déclaration médicale en portugais du Dr S_____, généraliste assistant, et sa traduction en français du 27 juillet 2010, dont il ressort qu'il avait retenu les diagnostics de trouble de stress post-traumatique, de troubles dépressifs dont une anxiété très prononcée, de pathologie chronique dégénérative au niveau

ostéoarticulaire, à savoir une gonarthrose et une spondylodiscarthrose cervicale et lombaire avec une altération discale, d'asthme, de rhinite allergique et de sinusopathie chronique ainsi qu'un nodule thyroïdien ;

- le rapport d'électromyogramme du 28 juillet 2010 en portugais et sa traduction en français, dans lequel un syndrome du canal carpien bilatéral modéré était constaté.
41. Le 12 octobre 2010, la recourante a encore produit un rapport de la Dresse L_____, rédigé le jour même en portugais. Selon la traduction française reçue par le TCAS le 15 octobre 2010, la recourante était suivie au service de psychiatrie depuis le 8 février 2007 en raison de troubles de stress post-traumatique (F43.1, CIM-10), suite à l'accident de 1996. Outre les troubles physiques, notamment au niveau de la colonne vertébrale, la recourante se plaignait également d'anxiété, d'angoisse, de crises de panique, de pleurs, d'insomnie, de cauchemars, d'un comportement d'évitement, d'humeur dépressive, «d'émoussement des émotions», d'anhédonie et, parfois, d'idéation suicidaire. Cette situation évoluait vers une atteinte chronique et tendait à une transformation persistante de la personnalité (F62.0, CIM-10), en dépit de la prescription médicale.
 42. Par courrier du 4 novembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions et produit un avis du SMR du 21 septembre 2010, selon lequel les pièces transmises par la recourante n'apportaient aucun élément médical nouveau concernant la période précédant la décision de suppression de la rente.
 43. Par arrêt du 13 avril 2011 (ATAS/440/2011), la chambre de céans, laquelle a repris la cause pendante par devant le TCAS dès le 1^{er} janvier 2011, a admis le recours et annulé la décision litigieuse. Elle a en effet considéré que l'expertise du Dr M_____, incomplète, voire contradictoire, ne pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Une amélioration de l'état de santé de la recourante depuis 2001 n'était pas établie sur le plan somatique, de sorte qu'il n'y avait pas de motif de révision ni de reconsidération.
 44. Statuant sur recours de l'intimé, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt précité et renvoyé le dossier à la chambre de céans afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire (arrêt 9C_468/2011 du 12 décembre 2011). Notre Haute cour a jugé que, dans la mesure où la rente d'invalidité initiale avait été allouée sur la base d'une conjonction de facteurs psychiques et somatiques, le point de savoir si l'état de santé de la recourante avait évolué favorablement ne pouvait résulter que d'un dialogue interdisciplinaire.
 45. Par ordonnance du 19 mars 2012 (ATAS/286/2012), la chambre de céans a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire et mandaté à cet effet les Drs P_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, Q_____, spécialiste FMH en neurologie, et R_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
 46. En date du 24 mars 2014, les experts ont rendu leur rapport, lequel est basé sur l'étude du dossier de la recourante, des examens cliniques et des entretiens

spécialisés menés les 15 juin et 10 août 2012 par le Dr P_____, les 3 et 10 octobre 2012 et 3 février 2014 par le Dr R_____, le 24 juin 2013 par le Dr Q_____, ainsi qu'un consilium entre les experts effectué le 14 mars 2014.

Les experts ont retenu les diagnostics suivants, sans conséquence sur la capacité de travail : sur le plan rhumatologique, des cervicalgies et des lombalgies non spécifiques sur des troubles dégénératifs modérés, un status après une probable entorse cervicale par mécanisme de whiplash (août 1996), sans lien avec la symptomatologie actuelle, et un probable syndrome du tunnel carpien bilatéral récidivant ; au niveau neurologique, un status après une probable distorsion cervicale, une commotion cérébrale, une contusion banale dorsolombaire le 3 août 1996 suivie de l'apparition d'un syndrome post-distorsion cervicale, une post-commotion cérébrale d'évolution inhabituellement défavorable, des plaintes «neurologiques» multiples sans substrat somatique objectivable tant sur le plan post-traumatique que maladif, un possible discret syndrome du tunnel carpien récidivant, toutefois sans conséquence fonctionnelle significative ; sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger sans syndrome somatique.

Après avoir procédé à une anamnèse détaillée et à un examen clinique, les experts ont relaté les plaintes de la recourante et livré leur appréciation.

Sur le plan rhumatologique, la recourante avait présenté, suite à l'accident de 1996, des éléments compatibles avec une entorse cervicale modérée (stade I à II selon la Quebec Task Force), accompagnée d'un état de stress post-traumatique. Ces deux éléments s'étaient résolus en quelques mois. Par la suite elle avait développé des lombalgies, mais les investigations pratiquées n'avaient pas mis en évidence d'atteinte spécifique, seuls quelques signes pour une atteinte dégénérative peu importante étaient relevés. Le handicap algo-fonctionnel s'était aggravé et la recourante n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle de nettoyeuse. Au jour de l'expertise, étaient retenus des symptômes allant dans le cadre de douleurs chroniques non spécifiques, et des signes cliniques de troubles dégénératifs rachidiens modérés, n'entraînant en principe pas le handicap décrit par la recourante. La capacité de travail exigible était nulle dans une activité nécessitant des efforts répétés et importants avec le dos, soit le port de charges de plus de 10 kg, ainsi que les mouvements itératifs de flexion et rotation. Par contre, dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière.

A l'examen neurologique, l'expert a relevé une limitation modérée de la mobilité de la nuque avec une provocation de quelques douleurs locales. L'examen du rachis dorso-lombaire avait révélé de discrets troubles statiques vertébraux chez une expertisée présentant une surcharge pondérale, mais pas de syndrome dorso-lombo-vertébral ni de signes d'irritation radiculaire. Les différentes épreuves de marche étaient correctement exécutées, sans instabilité ni déviation significative en relation avec les plaintes vertigineuses. L'examen des paires crâniennes était entièrement normal et celui du tronc sans particularité. A l'examen des membres supérieurs, la seule anomalie était une manœuvre de Phalen douteuse bilatéralement alors que la

recherche du signe de Tinel sur le nerf médian au niveau du canal carpien était négative des deux côtés et que la trophicité, les réflexes tendineux, la force musculaire ainsi que la sensibilité superficielle et profonde étaient intactes. À l'examen des membres inférieurs, aucune anomalie n'avait été objectivée, notamment aucun élément en faveur d'une irritation ou d'un déficit radiculaire ainsi que d'une atteinte médullaire ou encéphalique. En résumé, l'examen neurologique était sans anomalie significative tant en direction d'une atteinte encéphalique que médullaire, mais également radiculaire et tronculaire (en dehors de la manœuvre de Phalen douteuse). Compte tenu de la normalité du bilan neurologique et du caractère à la fois multiple et mal systématisé des plaintes, il n'avait pas été procédé à un nouvel ENMG qui n'aurait pas apporté d'informations additionnelles. Bien que les examens complémentaires pratiqués préalablement aient pu faire suspecter de discrètes anomalies du système nerveux périphérique et central, l'expert neurologue n'avait actuellement pas d'éléments pour une pathologie évidente du système nerveux. En effet, la description des troubles n'évoquait pas une atteinte radiculaire ou médullaire tant au niveau des membres supérieurs que des membres inférieurs. Il existait peut-être un discret syndrome du tunnel carpien mais ce dernier était sans conséquence fonctionnelle sur la base des constatations cliniques. S'agissant des maux de tête, ces derniers avaient un caractère clairement tensionnel et ne représentaient pas une cause d'invalidité. Les sensations vertigineuses étaient clairement atypiques et ne suggéraient pas une atteinte vestibulaire ou cérébelleuse. Quant aux troubles de la mémoire et de la concentration, ils avaient très certainement une connotation psychogène au vu de la discrétion des anomalies constatées lors du bilan neuropsychologique. Enfin, les rachialgies cervico-dorso-lombaires ne comportaient aucune complication neurologique tant radiculaire que médullaire. Il était probable que l'accident de 1996 se soit compliqué d'une discrète commotion cérébrale (et non d'une contusion), ainsi que d'une distorsion cervicale (degré I à II selon la Quebec Task Force), et possiblement d'une contusion rachidienne banale dont l'évolution aurait dû être normalement favorable en quelques semaines. Sur le plan neurologique, l'expert a ainsi conclu à des troubles sans substrat somatique objectivable et sans effet sur la capacité de travail, qu'il s'agisse de l'activité antérieure de nettoyeuse ou de toute autre activité exigible.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a relaté que la recourante souffrait d'un état dépressif apparu dans les suites de l'accident de 1996, trouble qui avait nécessité une prise en charge psychiatrique continue depuis cette époque. En dépit d'un traitement antidépresseur poursuivi pratiquement sans interruption depuis 1996, la recourante n'avait jamais connu de rémission symptomatique complète. Elle avait constaté que son état dépressif s'aggravait nettement lorsqu'elle était tentée d'interrompre la prise de l'antidépresseur. La dépression était actuellement d'un degré de gravité léger et la recourante ne présentait pas de symptômes d'un état de stress post-traumatique. Elle rapportait de fréquents accès de tristesse et/ou d'irritabilité, mais l'anhédonie n'était ni permanente ni sévère, étant précisé que la recourante n'avait pas perdu l'envie de voir des amies et avait gardé la capacité

d'éprouver du plaisir. Elle avait également conservé une bonne réactivité émotionnelle et affective. La fatigue était signalée, mais elle n'était pas décrite comme gênante. Par ailleurs, elle ne présentait pas de ralentissement psychomoteur marqué, elle se plaignait d'oublis et de troubles mnésiques qui pourraient tout au plus entraîner des limitations dans l'exécution de certaines tâches cognitives. L'état dépressif n'entraînait pas de limitation de la capacité de travail dans l'activité habituelle.

Répondant aux questions, les experts ont exposé que, sur le plan rhumatologique, les atteintes à la santé avaient débuté depuis l'accident de 1996, puis s'étaient étendues et compliquées avec le développement d'un syndrome de douleur chronique, sans substrat somatique défini. L'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis 2001, principalement en raison de l'apparition de douleurs rachidiennes qui étaient devenues chroniques. La capacité de travail dans l'activité habituelle s'était progressivement péjorée du fait de l'atteinte rachidienne non spécifique, pour atteindre une incapacité totale en novembre 2009. Par contre, dans une activité adaptée ne requérant ni le port de charges de plus de 10 kg, ni des mouvements répétitifs du rachis cervico-dorso-lombaire (flexions et rotations), l'ensemble des diagnostics n'entraînait aucune incapacité de travail, de sorte que la capacité était restée entière depuis 2001, sans diminution de rendement.

Sur le plan neurologique, d'un point de vue objectif, il n'y avait pas d'atteinte significative du système nerveux. L'état de santé semblait stationnaire depuis 2001. En l'absence d'une atteinte neurologique périphérique ou centrale clairement identifiable, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle et la capacité de travail était restée entière, sans diminution de rendement, dans toute activité depuis le sinistre de 1996, hormis éventuellement une période de trois à six mois suite à l'accident.

D'un point de vue psychiatrique, l'épisode dépressif, d'un degré de gravité léger, avait valeur de maladie au sens de la CIM-10. L'état dépressif était attesté depuis 1996 et les données anamnestiques disponibles suggéraient qu'il était resté stationnaire entre 2001 et novembre 2009. La recourante présentait certaines limitations psychiques liées à cet état dépressif léger, lesquelles étaient dues à la fatigue, à une baisse du niveau d'énergie et à une diminution de l'élan vital, ainsi qu'aux troubles mnésiques qui étaient peu marqués. L'état dépressif léger n'entraînait pas par lui-même de limitations de la capacité de travail dans l'activité de nettoyeuse, mais dans une activité adaptée aux limitations physiques, exigeant de bonnes capacités mnésiques et attentionnelles, de la concentration, ainsi que des ressources psychiques permettant de supporter des stress psychologiques et/ou relationnels, l'état dépressif léger pourrait entraîner une légère baisse de rendement. Il n'y avait pas d'incapacité de travail durable due spécifiquement à l'état dépressif. Du point de vue strictement psychiatrique, une activité lucrative compatible avec les limitations psychiques était exigible à temps plein depuis 2009.

47. Dans ses observations du 6 mai 2014, l'intimé a soutenu que l'expertise judiciaire, laquelle devait être considérée comme probante, n'apportait aucun élément objectif

permettant de remettre en cause les conclusions des expertises réalisées en 2009 et sur la base desquelles il s'était fondé pour supprimer le droit à la rente. Il a notamment estimé qu'aucune atteinte invalidante, sur les plans rhumatologique « strictement objectif » et neurologique, n'avait été relevée, ni actuellement ni pour le passé. Quant à l'état dépressif, il n'entraînait aucune incapacité de travail.

L'intimé a joint un nouvel avis du SMR, daté du 1^{er} mai 2014, selon lequel l'amélioration de l'état de santé de la recourante était démontrée.

48. Par écriture du 30 juillet 2014, la recourante s'en est rapportée à justice.
49. Le 31 juillet 2014, la chambre de céans a transmis chaque écriture à l'adverse partie et gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son arrêt du 13 avril 2011 (ATAS/440/2011), de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces points.
2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 20 novembre 2009, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI entrées en vigueur les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} janvier 2008 dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et

Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à supprimer, suite à la procédure de révision, le droit de la recourante à une demi-rente à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision du 20 novembre 2009.
5. Selon l'art. 17 al. 1 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.

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 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a

incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Selon l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), 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. Dès le 1^{er} janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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 et art. 28 al. 2 LAI).

Il y a lieu de préciser que 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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
8. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 368 consid. 2).
9. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale 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 judiciaire 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 351 consid. 3b/aa et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. En l'espèce, il sied de déterminer si une modification importante du degré d'invalidité de la recourante est survenue entre la décision d'octroi de la demi-rente du 12 octobre 2001 et la décision querellée du 20 novembre 2009.

Il est rappelé que lors de la décision initiale, la recourante souffrait principalement de cervicalgies, d'une spondylarthrose en C7-D1, d'une encéphalopathie post-traumatique minime à modérée, d'une irritation radiculaire C6 bilatérale, d'une discarthrose étagée (L3-L4 et L4-L5), avec une protrusion discale également étagée

(L3-L4, L4-L5 et L5-S1), d'une hypertrophie ligamentaire jaune, d'un syndrome de stress post-traumatique non entièrement résolu, d'un état dépressif moyen avec un syndrome somatique et d'une boulimie atypique. Le SMR avait alors estimé que ces atteintes entraînaient une incapacité de travail de 50%, comme l'avait également retenu la SUVA sur la base d'une appréciation globale de l'état de santé de la recourante.

La décision dont est recours a été rendue sur la base des rapports des Drs M_____ et N_____, lesquels se sont avérés insuffisante. Suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 12 décembre 2011, une expertise judiciaire a été diligentée et il convient dès lors de se prononcer sur la valeur probante du rapport y relatif daté du 24 mars 2014.

11. La chambre de céans constate que ce document est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier, lequel comportait tous les rapports et documents radiologiques pertinents, lesquels ont notamment été commentés par les experts. L'état de santé de la recourante, dont les plaintes ont été prises en compte, a fait l'objet d'exams approfondis et les spécialistes ont procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées.

A cet égard, la chambre de céans relèvera que, bien que les experts n'aient pas répondu aux questions posées selon une « appréciation consensuelle », puisque chacun d'eux s'est prononcé individuellement sur le volet concernant sa spécialisation, leurs conclusions personnelles permettent d'apprécier intégralement, tant l'évolution de l'état de santé de la recourante que sa capacité de travail, entre 2001 et 2009, en tenant compte des aspects somatiques et psychiques. En effet, seul le spécialiste en rhumatologie a retenu une aggravation des atteintes à la santé depuis la décision initiale, les experts en neurologie et psychiatrie ayant expressément conclu, concernant leur domaine particulier, que l'état de santé était resté stationnaire entre 2001 et 2009. De même, les experts se sont clairement déterminés sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, sous les angles rhumatologique, neurologique et psychiatrique. Seul le rhumatologue a considéré que la recourante présentait des limitations fonctionnelles qui rendaient l'exercice de sa profession habituelle impossible, étant rappelé que le neurologue a exclu toute atteinte neurologique clairement objectivable et que le spécialiste en psychiatrie a expliqué que la capacité de travail était demeurée entière entre 2001 et 2009 dans l'activité habituelle. Ce médecin a toutefois précisé qu'une légère baisse de rendement, laquelle n'a pas été chiffrée, pouvait être retenue dans une activité adaptée nécessitant de bonnes capacités mnésiques et attentionnelles. A contrario, il y a lieu de conclure que dans une activité adaptée aux troubles somatiques et qui ne requiert pas de telles facultés mnésiques et attentionnelles, la capacité de travail de la recourante est également restée entière entre 2001 et 2009, sans aucune diminution de rendement. Il ressort donc de l'appréciation globale des experts que l'état de santé de la recourante s'est dégradé depuis 2001 sur le plan rhumatologique, et que sa capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations

fonctionnelles qui n'exige pas de capacités mnésiques et attentionnelles, et ce depuis 2001.

Aucun indice concret ne permet de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise, lesquelles sont dûment motivées et apparaissent des plus convaincantes. La chambre de céans relèvera en particulier que les rapports émis par la Dresse L_____, psychiatre traitant de la recourante au Portugal, ne contiennent aucun élément permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation de l'expert psychiatre. En outre, les conclusions de ce dernier s'apparentent à celles du Dr N_____, soit l'existence d'un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis 1996, sans influence sur la capacité de travail (rapport du 29 août 2009). Sur le plan somatique, les conclusions des experts en rhumatologie et neurologie sont également cohérentes et justifiées.

Le rapport du 24 mars 2014 remplit donc tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

12. Il est ainsi établi que l'état de santé somatique de la recourante s'est aggravé depuis 2001 et que sa capacité de travail, laquelle était de 50% en 2001, est nulle depuis 2009 dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais entière dans une activité adaptée respectant certaines restrictions.

Compte tenu de ces changements importants propres à influencer le degré d'invalidité de la recourante, la rente de cette dernière doit être révisée.

13. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; ATF 128 V 174).

Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 et I 429/06 du 25 mai 2007).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b).

14. En l'occurrence, il est rappelé que l'intimé n'a pas procédé au calcul du degré d'invalidité puisqu'il a considéré que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans son activité habituelle.

Dès lors qu'il est désormais établi que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il établisse le degré d'invalidité de la recourante, en comparant les revenus avec et sans invalidité, puis rende une nouvelle décision sujette à recours.

15. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours du 23 décembre 2009 sera partiellement admis et la décision querellée annulée.
16. Une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à titre de dépens à la recourante, représentée par un avocat, qui obtient partiellement gain de cause (art. 61 let. g LPG).

Par ailleurs, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 20 novembre 2009.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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