

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mai 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : M. Dind et Mme Thalmann
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Gland, recourant, représenté par Me Michel Bergmann,
avocat à Genève,

et

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, à Bâle, intimée,
représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA; 17 LPG

E n f a i t :

A. En sa qualité d'employée de bureau auprès d'[...], à Genève, R._____, née le 10 avril 1960, était assurée, au moment de l'événement, contre les conséquences des accidents au sens de la Loi fédérale sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA) auprès de La Fribourgeoise Générale d'Assurances, reprise par la COOP Générale d'Assurances SA, reprise à son tour par la Compagnie d'Assurances Nationale Suisse (ci-après: Nationale Suisse).

Par déclaration d'accident LAA du 16 juillet 1984, [...] a annoncé à Nationale Suisse que l'assurée avait été victime d'un accident en date du 13 mai 1984. Le rapport de gendarmerie établi le jour même de l'accident, soit le 13 mai 1984, a relaté qu'en obliquant à droite pour emprunter l'Avenue de la Paix, à Genève, l'automobiliste X._____ avait perdu la maîtrise de son véhicule et avait heurté un candélabre. X._____ avoua une vitesse de «60 km/h environ» à l'entrée de la «forte courbe à droite». Les deux passagères de X._____, Mmes R._____ et G._____, furent blessées lors de l'accident. Il est précisé que l'assurée était passagère arrière de ce véhicule.

Dans son rapport médical initial du 20 août 1984, le Dr V._____ a constaté et diagnostiqué:

- une «fracture par éclatement du corps de L5 avec discrète protrusion intra-canalair»,
- des «contusions des chevilles».

Le Dr V._____ a indiqué que le traitement ordonné consistait en «6 semaines de lit strict», puis au port d'un «corset plâtré» durant 6 à 8 semaines. Par son rapport du 17 septembre 1984, le Dr Q._____, médecin traitant de l'assurée, a confirmé que l'assurée avait porté un « corset plâtré pendant deux mois» et a proposé une cure thermale à Loèche-les-Bains. La cure thermale s'est déroulée en octobre 1984. Au

terme de cette cure, l'évolution de l'état de santé de l'assurée a été qualifiée de «favorable» par son médecin traitant lequel a, cependant, estimé dans son rapport médical du 10 novembre 1984 qu'un dommage permanent consistant en un «tassement vertébral » était à craindre.

De 1987 à 1989, l'assuré 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.

Dans son courrier du 26 décembre 1984, le Dr Q. _____ a indiqué que sa patiente continuait « de se plaindre de douleurs lombaires basses et d'une raideur de son dos». Le Dr Q. _____ a estimé que le traitement médical devrait «probablement se poursuivre encore plusieurs mois» et que sa patiente «devrait pouvoir commencer dans un nouveau poste qu'elle est sensée rechercher, à 50 %», si possible au retour de sa nouvelle cure prévue à Loèche-les-Bains au début de l'année 1985. Il relevait en outre que « le risque d'invalidité est réel, mais il est encore trop tôt pour se prononcer ».

Dans son rapport médical du 1er octobre 1985, le Dr F. _____, nouveau médecin traitant de R. _____, a lui aussi indiqué que son traitement médical, consistant en des «manipulations vertébrales», était terminé. Ayant effectué un scanner lombaire le 16 décembre 1985, le Dr M. _____, tout en observant un «rétrécissement du récessus latéral gauche à la hauteur du plateau de L5» a retenu les conclusions suivantes :

- Status après tassement du plateau supérieur de L4 consolidée.
- Pas d'anomalie du mur postérieur ni de hernie L4/L5.
- Minime protrusion discale L5/S1 légèrement compressive sur le fourreau dural.

Dans son nouveau rapport médical du 17 février 1986, le Dr F. _____ a estimé nécessaire une hospitalisation en neurochirurgie pour établir un diagnostic précis et pour « faire la part des choses». Examinant l'assurée en février 1986, le Dr D. _____, neurologue, a relevé que « la

mobilité du rachis dorsal et lombaire (était) d'appréciation difficile, la patiente ne faisant qu'esquisser les mouvements de flexion, d'extension et d'inclinaison». Le Dr D._____ a estimé que les signes discrets parlant en faveur d'une radiculopathie étaient «disproportionnés par rapport à l'importance et à la localisation des douleurs».

Dans son courrier du 9 décembre 1987, le Dr J._____, chirurgien orthopédique et nouveau médecin traitant de l'assurée, a indiqué que depuis son accident celle-ci ne pouvait «pas travailler à plus de 50% à cause de lombalgies chroniques», que sur le plan neurologique elle n'avait «pas de trouble neurologique», mais qu'elle présentait une «raideur dans la région lombaire très nette avec une contracture musculaire vaste et bien marquée». Le Dr J._____ a ajouté que «les radiographies standards montraient des troubles de croissance dans la région dorsale, ce qui représente donc un état préexistant, dont elle ne souffrait d'ailleurs pas du tout avant l'accident». Les douleurs chroniques au dos et l'invalidité étaient en outre consécutives à l'accident.

Dans son rapport médical du 27 janvier 1988, le Dr J._____ a précisé que sa patiente présentait des douleurs à l'effort et ne supportait pas une activité continue. Il a, toutefois, ajouté qu'elle n'avait pas de travail fixe et qu'elle pouvait supporter une activité de 50 %.

En date du 28 février 1988, le Dr N._____, chirurgien orthopédiste, a examiné l'assurée. Dans son rapport d'expertise daté du 29 février 1988, le Dr N._____ a noté, tout d'abord, que la patiente souffre exclusivement des suites de son accident de 1986 et que «traitée ou non, elle a fait à l'adolescence une maladie de Scheuermann assez sévère et que constitutionnellement elle présente de légers troubles de la démarche caractérisée par une antétorsion résiduelle importante.» L'expert a confirmé que la fracture par compression de L5 avec éclatement de la vertèbre et décalage en arrière d'un fragment correspondait au type de fracture «qu'on a l'habitude de traiter conservativement par repos, puis par une immobilisation plâtrée.» Le Dr

N._____ a également noté que, selon la patiente, les soins tout d'abord administrés par le Dr Q._____ ne lui avaient pas convenu, tout comme ceux du Dr F._____, lequel l'a soumis à un traitement de manipulations chiropratiques qualifiées de « désagréables » par l'assurée. L'expert a remarqué, par ailleurs, qu'à la Clinique rhumatologique de Loèche-les-Bains se manifestèrent en février 1985 des vomissements journaliers accompagnés de céphalées chroniques, les vomissements étant considérés d'origine fonctionnelle et les céphalées d'origine indéterminée. Le Dr N._____ a relevé que la patiente se plaignait de « douleurs lombaires très vives qui irradient dans la partie supérieure des membres inférieurs, à la face postérieure de ceux-ci jusqu'aux genoux, parfois jusqu'aux mollets », que « les douleurs sont très gênantes » et qu' « elles empêchent la patiente de se pencher en avant », le médecin mesurant une « distance doigts-sol de 30 cm ». Se basant sur les radiographies réalisées par les HUG juste après l'accident, le Dr N._____ a noté des « altérations ostéochondrotiques caractéristiques d'une maladie de Scheuermann au niveau de Db à DB avec déformation trapézoïdale de trois vertèbres en augmentation de la cyphose » ainsi qu'une « coxa-valga antétorsa bilatérale avec un léger raccourcissement du col fémoral droit », troubles qualifiés de « préexistants ». Les clichés réalisés en mai et août 1984 ont également permis au Dr N._____ de noter « un léger déplacement postérieur du fragment supérieur et postérieur de la vertèbre avec rétrécissement du canal, une altération importante du disque L4-L5, un télescopage des articulations interapophysaires L4-L5 et L5-S1, une altération discale moins importante L5-S1 ». Sur la base des nouvelles radiographies réalisées en novembre 1987 à l'Hôpital de La Tour, à Meyrin, l'expert a jugé que la consolidation de la vertèbre L5 était « complète », tandis que le canal vertébral était « déformé et rétréci » par la saillie du fragment postérieur et supérieur de L5. Par ailleurs, l'expert a relevé la présence de « troubles névrotiques » n'ayant pas pour le moment un « caractère de sinistrose » ; l'expert a, cependant, estimé que « les éléments de sa névrose (devaient) être analysés ». De même, l'expert a envisagé la possibilité d'une radiculographie, d'une laminectomie, voire d'une spondylodèse, en fonction des futurs examens neurologiques et psychologiques. Le Dr N._____ a estimé à 50 % la capacité de travail de

l'assurée en février 1988, jugeant que celle-ci pourrait être portée progressivement à 80 %.

Dans son courrier du 30 septembre 1988, le Dr J._____ a partagé l'avis du Dr N._____, tant sur le diagnostic, que sur la capacité de travail actuelle (50 %). Concernant les propositions thérapeutiques de l'expert, le Dr J._____ a estimé que le taux d'invalidité se maintiendrait à 50 %, même si les douleurs pouvaient diminuer en fonction des interventions, car il subsisterait toujours une «fragilisation anatomique et fonctionnelle de cette région». Dans son complément d'expertise du 17 juin 1989, le Dr N._____ a précisé la capacité de travail de l'assurée, l'estimant entre 75 et 80 %, tout en notant chez l'assurée une « certaine immaturité», se demandant «dans quelle mesure cette immaturité ne lui (faisait) pas prendre des raisons de convenance personnelle pour conséquence de son affection ».

Dans le questionnaire AI rempli le 10 juillet 1989 par [...], il a été indiqué que celle-ci avait travaillé à plein temps du 5 janvier 1987 au 30 septembre 1988, date à laquelle le contrat de travail s'était terminé pour «raisons personnelles de l'employée».

B. Par communication du 23 juillet 1989, l'AI a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 50 % du 1er mai 1985 jusqu'au 28 février 1986, mais a refusé de lui verser les rentes correspondantes en raison de la tardiveté de la demande. Dans sa communication, l'AI a par ailleurs relevé que l'assurée avait travaillé comme téléphoniste-réceptionniste entre 1986 et 1989 pour différentes sociétés.

Dans son expertise psychiatrique du 23 janvier 1990, le Dr L._____, psychiatre et psychothérapeute, a relevé qu'il n'avait «pas été facile de trouver» R._____ et que plusieurs convocations avaient été nécessaires pour que l'assurée se rende à l'examen de l'expert. Sur le plan psychométrique, le Dr L._____ a noté qu'il n'y avait pas d'élément

de détérioration présent, ce qui permettait «d'éliminer toute atteinte organique et un éventuel hématome sous-dural qui aurait échappé aux investigations neurologiques». L'expert a également estimé que «le souvenir même du vécu de l'accident n'est pas quelque chose qui a provoqué chez la patiente une névrose ou une psychose traumatique». Par ailleurs, l'expert a ajouté que «la personnalité de R._____ restera toujours particulière, un peu artificielle ou infantile, on peut l'appeler comme on veut, avec des traits mythomaniaques et parfois caractériels lorsque la douleur sera trop vive». Le Dr L._____ a rejoint l'appréciation médicale du Dr N._____ et admit une incapacité de travail de 20 % pour raisons somatiques, à laquelle s'ajoutait une incapacité de travail de 10 à 13 % pour les «dispositions particulières de la psychologie de cette patiente», tout en précisant plus loin que l'accident était «responsable des troubles du caractère, du comportement et cette sorte de psychonévrose qu'a développée après l'accident l'expertisée».

Dans le cadre d'une nouvelle expertise effectuée le 16 juin 1990 pour le compte de l'Al, le Dr I._____, spécialiste FMH en médecine interne et en médecine du travail, a noté que depuis qu'elle avait cessé toute activité professionnelle, l'assurée déclarait «(tenir) son ménage, (faire) de petites promenades, ainsi que des lectures et un peu de peinture» et continuer, sans y arriver, «ses recherches pour trouver un emploi à temps partiel ». Le Dr I._____ a, cependant, estimé que les «nombreuses langues possédées par la malade, devraient lui permettre de retrouver un poste de travail à mi-temps», tout en jugeant à 50 % l'«invalidité permanente» de celle-ci.

C. Par décision du 1er février 1991, l'Al a accordé à l'assurée une rente d'invalidité de 50 % depuis le 1er janvier 1989, décision confirmée par les communications et révisions ultérieures et successives.

Dans le cadre de la «recrudescence notable» des douleurs, déjà signalées par l'assurée en 1988 au Dr N._____, une nouvelle expertise a été effectuée le 20 février 1991, par le Dr E._____,

spécialiste FMH en neurochirurgie. Ce médecin a retenu (p. 5) les diagnostics de

- «status après fracture tassement/éclatement du corps de L5 »,
- «lombalgies résiduelles»,
- « syndrome lombovertébral statique et fonctionnel, probablement chronifié»,

Dans le rapport d'expertise qu'il a établi le 20 février 1991 à la demande de l'assureur-accidents, le Dr E. _____ 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 long temps 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 Dr E. _____ 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 estimé la capacité de travail de l'assurée à 50 %, moyennant restrictions usuelles et ménagement lombo-vertébral.

D. Par décisions distinctes du 26 novembre 1991, toutes deux entrées en force, Nationale Suisse a accordé à R._____ une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % et lui a alloué une rente d'invalidité de 50 % à compter du 1er janvier 1991.

Dans son rapport médical du 26 janvier 1995, le Dr J._____ a proposé de «maintenir la rente à 50 %, bien que cette femme qui désire travailler n'ait pas d'emploi pour l'instant, car il est très difficile de trouver une place à 50 %». Dans son rapport médical du 9 octobre 1997, le Dr J._____ a indiqué que le taux d'incapacité de travail de sa patiente (50 %) n'avait pas évolué. Toutefois, dans son courrier du 18 avril 2000, le Dr J._____ a estimé que «R._____ n'est plus apte à assumer une activité à 50 % soutenue», les douleurs chroniques dorsales et lombaires ne cessant, selon lui, de s'aggraver, ce qui a poussé ce médecin à proposer «une rente AI à 100 %».

En date du 12 octobre 2000, une expertise a été réalisée par le Dr B._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique. Dans son rapport d'expertise du 2 novembre 2000, le Dr B._____ a indiqué ce qui suit :

«La capacité de travail de 50 % n'a jamais pu être augmentée. Au contraire, au moment de mon examen, R._____ déclare ne pas travailler depuis environ 8 ans. Elle justifie cette longue incapacité de travail par la présence d'une importante symptomatologie douloureuse. C'est ainsi que la patiente formule les plaintes suivantes :

- Douleurs quasi permanentes de la colonne cervicale et de la colonne lombaire basse.
- Lorsque les douleurs lombaires augmentent, elles provoquent des douleurs au niveau de la tête.
- La patiente déclare être incapable de se baisser.
- Une activité simple, comme passer l'aspirateur, serait impossible à effectuer.

Selon les déclarations de l'assurée, le fait de ne pouvoir exécuter des tâches même simples, ne serait pas dû à sa «mauvaise volonté», mais serait dû aux douleurs qu'elle ressent. Actuellement, l'assurée ne suit aucun traitement, ni médicamenteux, ni physique. Par ailleurs, la patiente déclare « être en bon état général.» A l'examen de la colonne lombaire, le Dr B._____ a mesuré une «distance doigts-sol» d'environ 60 cm, tout en relevant que le Schober n'était «pas mesurable du fait que la patiente déclar(ait) qu'il lui est impossible de fléchir sa colonne». Par ailleurs, l'expert a jugé que tous les signes de non organicité de Wadell étaient positifs, par exemple en cas de stimulations tactiles ou de pseudo-mobilisation, manoeuvres qualifiées, à tort, de douloureuses par la patiente au-delà même du territoire anatomique relevant, de même que pour ce qui est des résultats des tests de Lasègue et de Kummel. Le Dr B._____ a ainsi estimé que « la réaction et les protestations douloureuses (étaient) excessives lorsqu'(il) pratiqu(ait) la manoeuvre de Lasègue et cela des deux côtés». Sur le plan psychiatrique, le Dr B._____ a recommandé une nouvelle expertise, «presque tous les signes de Waddell et de Kummel (étant) présents». Sur la base de ses constatations cliniques et radiologiques, l'expert a estimé que la majoration de l'incapacité de travail depuis 1991 était «due aux problèmes d'ordre psychologique que présente la patiente et non à l'état de sa colonne vertébrale». En outre, l'expert a jugé que «l'état actuel de guérison lui permettrait de travailler à 75 % dans une activité adaptée», c'est-à-dire une occupation permettant «un changement de position fréquent» et ne nécessitant «pas le port de charges».

Dans son rapport d'imagerie médicale du 3 mars 2002, le Dr H._____ a indiqué que l'examen d'IRM n'avait pas pu être réalisé, l'assurée se déclarant «claustrophobe» et que la tomodensitométrie permettait quant à elle de conclure à

- une « dégénérescence discale focalisée L3-L4 et L4-L5 »
- un «tassement vertébral de L5 atteignant son mur postérieur associé à une protrusion discale »,

- des « pédicules conservées en L5 (sans) luxation inter-facettaire »,
- une « protrusion discale en L5-S1 sans image d'hernie ».

E. En date du 10 octobre 2002, l'assurée a demandé à l'AI une révision de sa rente d'invalidité servie afin d'obtenir une rente entière à l'appui de son courrier, l'assurée a indiqué que «ces dernières années (s)on état de santé s'est très fortement aggravé».

Dans les réponses apportées le 17 octobre 2002 au questionnaire pour la révision de rente AI, l'assurée a affirmé que «ces dernières années (s)es douleurs sont de plus en plus fortes» et qu'elle avait eu «dernièrement» une crise qui l'empêchait de bouger.

Dans son rapport médical du 28 octobre 2002 à l'intention de l'AI, le Dr J._____ a posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail de sa patiente :

- «Séquelles de fracture vertébrale de L5, aggravée par une arthrose concomitante»,
- «Dégénérescence discale de L3-L4-L4-L5»,
- «Séquelles de Scheuermann dorsal»,

Le Dr J._____ a précisé que l'incapacité de travail de sa patiente était de «100 %, depuis environ 10 ans après de nombreuses tentatives échouées à 50% ». Dans son annexe au rapport médical du 28 octobre 2002, le Dr J._____ a ajouté que l'incapacité de travail totale de sa patiente ne pouvait être améliorée par des mesures de réinsertion ou d'aménagement de son poste de travail. Dans son rapport médical non daté, mais reçu le 8 janvier 2003, le Dr J._____ a, toutefois, indiqué que la physiothérapie prescrite le 2 octobre 2002 avait permis d'améliorer l'état de santé de sa patiente et que la situation n'était «certes pas alarmante», s'agissant d'un cas de «lombalgies chroniques post-traumatiques qu'il faut de temps en temps soulager», raison pour laquelle sa patiente le «consult(ait) sporadiquement lorsqu'elle a(vait) des poussées douloureuses». Toutefois, en réponse à la demande de l'AI, le Dr

J._____ a affirmé à propos de sa patiente dans son courrier du 28 mai 2003 qu' «il y a bien eu des changements objectifs de son état de santé depuis 1993» et qu'«en effet, il s'agit d'une période de dix ans et l'état de sa colonne vertébrale ne s'est pas amélioré, en s'aggravant d'une arthrose survenant progressivement». Le Dr J._____ a ajouté que «la situation clinique devient de plus en plus difficile et aboutit à une incapacité de travail, même à 50 %», que «R._____ n'est plus capable d'assumer une activité soutenue en raison de lombo-dorsalgies chroniques avec parfois des phases aiguës» et que c'est la raison pour laquelle il proposait «une rente complète, car la situation ne va pas s'arranger avec le temps». Par contre, dans son rapport médical du 6 octobre 2003, le Dr J._____ n'a fait aucune remarque particulière concernant l'évolution de l'état de santé de sa patiente et a ajouté que les consultations se déroulaient à intervalles «irréguliers».

Dans ses avis médicaux des 12 juin et 10 juillet 2003, le Dr Y._____ du [...], a estimé qu'«en l'état, il n'é(tait) pas démontré (d')aggravation objective» et a relevé que le médecin traitant de l'assurée «ne collabor(ait) pas avec l'AI».

Pour le compte de l'AI, le Dr W._____, chirurgien orthopédique, a effectué en date du 20 novembre 2003 une expertise. Sur le plan professionnel, l'assurée a signalé une «reprise de travail de téléphoniste en 1993, sans succès, en raison de l'importance des douleurs» et a déclaré n'exercer depuis «aucune activité professionnelle». L'assurée a affirmé au Dr W._____ que «la symptomatologie douloureuse lombaire est toujours présente, importante, les douleurs étant permanentes, non fluctuantes». L'assurée a précisé que «les douleurs irradient également vers la nuque, puis vers l'épaule gauche» et que « ces éléments sont fréquemment accompagnés de migraines ainsi que de douleurs dentaires». L'assurée a ajouté «avoir eu une déception amoureuse il y a 4 ans» et ne plus avoir de relation depuis. La distance doigts-sol mesurée lors de l'examen a été de «40 cm». Par ailleurs, sur le plan radiologique, le Dr W._____ a indiqué que « le CT-scanner de février 2002 a permis d'exclure une formation hernière discale» et que «le bilan

radiologique du jour montre aussi une statique globale satisfaisante, tant au niveau lombaire que cervical». Le Dr W._____ a qualifié de «débutants» les troubles dégénératifs du segment cervical. L'expert s'est prononcé en ces termes : «L'examen clinique de ce jour objective la persistance d'un important syndrome lombo-vertébral, syndrome que l'on doit nuancer chez une patiente qui présente une certaine résistance active. La zone douloureuse dépasse très largement la charnière lombosacrée, s'étendant sur l'ensemble de la région fessière et lombaire, sans que l'on objective une perte musculaire régionale importante, voire des contractures. Les signes de non organicité sont florides (hypersensibilité à la pression, résistance active, grimaces), chez une patiente très émotive.» Lors de son examen, le Dr W._____ a également constaté «l'absence de signes évoquant une radiculopathie irritative/déficitaire.» Au terme de son appréciation, l'expert s'est étonné «de l'importante discordance entre les éléments objectifs (et leur répercussion fonctionnelle habituellement observée) et les éléments subjectifs présents de manière floride». Selon l'expert, «cette discordance ne peut être expliquée par les éléments orthopédiques» et «fait craindre la participation significative de facteurs extra-anatomiques dans l'évolution du cas, chez une patiente dont la surcharge psychogène semble évidente».

Le Dr W._____ a retenu les diagnostics suivants (p. 6):

- Status 19 ans après fracture-tassement de L5.
- Discopathie modérée à sévère L4-L5, débutante L5-S1.
- Spondylose débutante L2-3 et L3-4.
- Cervicarthrose C5-6.

L'expert a, par ailleurs, qualifié d'adaptée l'activité antérieure de «téléphoniste/secrétaire », laquelle permet d'alterner les positions assises/debout, d'éviter le port de charges importantes, les longs déplacements. Dans ces conditions, l'expert a estimé que «la capacité de travail est d'au moins 50 % » et qu'avec un ré-entraînement et des adaptations ergonomiques du plan de travail «une capacité définitive de

l'ordre de 75 % (ou plus) devrait être obtenue». L'expert a qualifié d'«inchangé» le taux d'incapacité de travail lors de son expertise du 20 novembre 2003 par rapport à celui précédemment existant, depuis 1984 (p. 9). Enfin, le Dr W. _____ a signalé que les éventuels accès douloureux liés à l'évolution future des discopathies, pouvaient être «palliés par une physiothérapie et une antalgie adaptées, parfois par une courte période de repos.»

A l'initiative de l'assurée, une contre-expertise a été réalisée par le Dr C. _____, 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.

Dans son avis médical du 10 mai 2004, le Dr Y. _____ du [...], s'est rallié aux conclusions du Dr W. _____ et a estimé qu'il y avait chez l'assurée une «majoration des plaintes dans l'objectif d'obtenir un avantage ». Le Dr Y. _____ a indiqué que les répercussions objectives sur la capacité de travail de l'assurée étaient restées les mêmes depuis la dernière décision AI qui remontait à octobre 1993.

Dans son rapport médical intermédiaire du 29 juin 2004 à l'intention de l'AI, le Dr J. _____ a qualifié de «stationnaire» l'état de santé de sa patiente, du moins «depuis 3-4 ans», estimant qu' «il n'y a(vait) pas eu de modification en fait». En raison des «douleurs chroniques» et de l'absence de «résistance à l'effort», le Dr J. _____ a jugé qu'une reprise de travail était impossible.

Au terme de son expertise psychiatrique réalisée le 9 septembre 2005 sur l'assurée, la Dresse K._____ a posé le diagnostic de «trouble de la personnalité, émotionnellement labile avec des traits infantiles et immatures», qu'elle a estimé en relation de causalité «très vraisemblable» avec l'accident de 1984, avec une péjoration de son état de santé depuis une dizaine d'années, péjoration plus importante ces deux dernières années, selon les déclarations de la patiente.

Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 23 août 2006, le Dr [...] a conclu, lui aussi, à la probabilité de l'étiologie traumatique des troubles psychiques de l'assurée, tout en relevant une vraisemblable surcharge de celle-ci.

F. Par courrier du 29 août 2006, le conseil de R._____, Me Bergmann, a requis de la Nationale suisse que celle-ci rende «une décision sans délai octroyant à l'assurée une rente de 100 %».

Par décision du 22 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de révision de rente déposée en octobre 2002.

En date du 9 janvier 2007, Nationale Suisse a rendu une «décision de révision de rente» par laquelle elle a également refusé de revoir à la hausse le taux de rente d'invalidité de l'assurée fixé à 50 % par décision du 26 novembre 1991, au motif que l'état de santé de celle-ci n'avait pas subi de modification ayant une incidence sur sa capacité de gain.

Le 12 février 2007, l'assurée, par l'entremise de Me Bergmann, a formé opposition contre cette décision. En substance, cet avocat soutient que «depuis la décision du 26 novembre 1991 lui ayant alloué une demi-rente, l'état de santé de l'assurée s'est notablement péjoré, dite péjoration étant toujours en rapport de causalité avec l'accident du 13 mai 1984» et qu'«en conséquence de cette péjoration, R._____ est aujourd'hui totalement incapable de travailler, que ce soit dans l'activité

de secrétaire qu'elle exerçait au moment de son accident, ou dans toute autre activité».

Par courrier du 4 juin 2007, Me Michel Bergmann a transmis un tirage de l'arrêt rendu en date du 29 mai 2007 par le Tribunal cantonal des assurances sociales du Canton de Genève (TCAS) et a mis en exergue le fait que la Cour cantonale avait annulé le refus de révision à la hausse de la rente d'invalidité prononcé par l'AI à l'encontre de l'assurée.

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 1er mai 2004 et condamné l'intimé au paiement d'une indemnité de dépens en faveur de celle-ci, de 2'000 fr., ainsi qu'à un émolument de justice de 500 francs.

Par décision sur opposition du 15 juillet 2008, la Nationale Suisse a confirmé son refus d'augmenter la rente d'invalidité (actuellement une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 50 %) allouée à l'assurée suite à un accident de la route dont elle fut victime le 13 mai 1984.

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 Dr C._____, 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, 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 limitations fonctionnelles concrètes découlant des éléments somatiques retenus. Il convenait par conséquent de procéder à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire.

G. Par recours du 15 septembre 2008, la recourante a fait valoir que son état de santé s'est péjoré notablement depuis 1991, avec pour conséquence une augmentation de son taux d'invalidité, d'une part en raison de l'intensification des troubles déjà existants, et d'autre part en raison de l'apparition de nouveaux troubles, comme cela avait d'ailleurs été prévu par le Dr E. _____ à l'époque. La recourante a pris les conclusions suivantes :

- I. suspension de la présente procédure jusqu'à droit jugé dans la cause AI.
- II. Annuler la décision sur opposition du 15 juillet 2008 en tant qu'elle refuse d'allouer à la recourante une rente d'invalidité entière et ne statuent pas sur le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III. Dire que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité depuis le 18 août 2000 et a droit à une IPAI fondée sur un degré d'atteinte à l'intégrité de 80 %, avec intérêts à 5 % depuis le 18 août 2000.

En réponse, l'intimée s'est opposée à la suspension.

Par décision incidente du 18 décembre 2008, le magistrat instructeur a relevé ce qui suit :

« Maître,

Je me réfère à la conclusion préalable de la recourante du 15 septembre 2008 tendant à la suspension de la procédure citée en référence jusqu'à droit jugé sur la procédure pendante sous numéro A/330/2007 devant le Tribunal cantonal genevois des assurances sociales. La partie intimée s'oppose à la suspension pour les motifs suivants : problématique différente de la causalité selon la LAA; le dossier LAA contient déjà de nombreuses expertises médicales; sous l'angle de la révision de rente, seuls les faits existant au moment de la décision LAA en force du 26 novembre 1991 doivent être comparés à ceux existant au moment de la décision LAA litigieuse.

Le raisonnement de la partie intimée ne saurait toutefois être suivi pour les raisons suivantes :

- Dans sa décision sur opposition du 15 juillet 2008, la partie intimée s'est notamment fondée sur l'expertise du Dr W. _____ du 20 novembre 2003 pour constater que la recourante ne présentait pas d'aggravation notable de son état de santé.

- Par jugement du 29 mai 2007, confirmé sur cette question par le Tribunal fédéral, le Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève a écarté les conclusions du Dr W. _____, au motif que l'expertise à laquelle il avait procédé sur la personne de la recourante ne s'était pas déroulée lege artis. Par arrêt du 12 août 2008, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal genevois des assurances sociales pour mise en œuvre d'une expertise judiciaire, constatant que l'expertise du Dr C. _____ n'avait pas pleine valeur probante.

- Le 3 décembre 2008, le Tribunal cantonal genevois des assurances sociales a ordonné la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire auprès du Centre d'expertises médicales de la PMU à Lausanne. Les experts devront notamment se déterminer sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon notable entre les mois de février 1991 et de décembre 2006.

- (...).

J'ordonne en conséquence la suspension de la procédure jusqu'à droit jugé sur la procédure pendante sous numéro A/330/2007 devant le Tribunal cantonal genevois des assurances sociales (art. 15 al. 3 LTAs). »

Selon le rapport d'expertise multidisciplinaire au Centre d'expertises médicales Z. _____ établi le 9 juin et complété le 15 juillet 2009 par les Drs P. _____ et T. _____, internistes, et par le Dr S. _____, 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). L'expertisée se plaignait notamment de douleurs importantes au réveil, qui nécessitaient un «dérrouillage» 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, de Sirdalud 4 mg et de Zaldiar, ainsi qu'à une prise en charge thérapeutique une fois par mois, par le Dr A._____, spécialiste en médecine interne et une autre du médecin traitant de la recourante depuis 1996, et par le Dr J._____, ainsi que par un gynécologue une fois tous les six mois.

Au terme de la consultation de psychiatrie du 23 février 2009, le Dr S._____ 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 asséurologiques et la chronicité des douleurs avaient certainement aggravé un sentiment de découragement et de révolte.

Selon le rapport établi par le Dr [...], 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 Dr [...] 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'expertise, 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 objectivées étaient dues à des phénomènes algiques.

En résumé, les experts du Centre d'expertises médicales Z._____ 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 Dr C._____, qui suggérait plutôt les difficultés relationnelles rencontrées par l'expertisée lors de son

entrevue avec le Dr W._____. 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.

Par un avis rédigé le 27 août 2009, le Dr A._____ a fait état de son complet désaccord avec les conclusions de l'expertise du Centre d'expertises médicales Z._____, 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 difficulté 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 Dr K._____, également experte en psychiatrie); étonnamment, l'incapacité d'origine psychiatrique n'était pas cumulée avec celle d'origine rhumatologique, ce qui défiait toute logique.

Par déterminations de février 2011, la recourante a produit ses déterminations du 7 septembre 2009 au Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève. 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 Dr C._____ ou, par exemple, celle du Dr J._____. D'entrée de cause, le Dr T._____ 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 Dr P._____, 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 Centre d'expertises médicales Z._____, qui avait obligé le Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève à l'interpeller pour obtenir une réponse complète à toutes les questions posées par l'ordonnance d'expertise.

Par déterminations des 18 janvier et 23 février 2001, l'intimée s'est référée à sa décision sur opposition et a conclu à sa confirmation.

E n d r o i t :

1. Dans le cas d'espèce, est seule litigieuse la question de la révision de la rente d'invalidité de 50 % allouée à la recourante à compter du 1er janvier 1991 par la Nationale Suisse, selon décision entrée en force du 26 novembre 1991.

En revanche, n'est pas litigieuse la question de la prise en charge du traitement médical après la fixation de la rente, lequel se déroule conformément à l'art. 21 LAA. N'est pas non plus l'objet du présent litige, la question de la révision de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, sur laquelle ne portait ni la décision entreprise du 9 janvier 2007, ni la demande du 29 août 2006 émanant de Me Bergmann, lequel s'est borné à requérir de la Nationale suisse que celle-ci rende «une décision sans délai octroyant à R._____ une rente de 100 %».

2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, non professionnel et de maladie professionnelle. L'assureur-accidents ne répond que des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité non seulement naturelle mais encore adéquate avec un événement assuré (ATF 119 V 338 consid. 1; ATF 118 V 289 consid. 1b).

Conformément à l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité, s'il est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (cf. art. 8 LPGGA).

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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGGA). Une incapacité de gain implique donc au moins une incapacité de travail partielle. Est réputée incapacité de travail toute perte de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé.

Selon l'article 17 LPGGA 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. Le deuxième alinéa de cette disposition prévoit que toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement.

Pour examiner si dans un cas de révision il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGGA, le juge doit prendre généralement en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Le point de départ pour examiner si le degré de l'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est donc la décision initiale de rente (ATF 133 V 108). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées

inchangées, et que le motif de suppression ou de diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas. La révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité 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 statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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 enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En outre, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité).

3. a) En l'espèce, la recourante a bénéficié d'une rente d'invalidité de 50% à compter du 1er janvier 1991, selon décision de la Nationale Suisse du 26 novembre 1991. La question de savoir si le degré d'invalidité de celle-ci a subi, depuis lors, une modification doit être jugée in casu en comparant les faits tels qu'ils se présentaient à l'époque de la décision du 26 novembre 1991 avec ceux qui existent, un peu plus de 15 ans plus tard, à la date de la décision litigieuse du 9 janvier 2007.

b) La décision entreprise retient que l'état de santé de l'assurée n'a pas subi, depuis 1991, de modification de son état de santé ayant une incidence sur sa capacité de gain, tandis que, dans son recours, l'assurée soutient que, de l'avis de son médecin traitant, le Dr J._____, comme de «toutes les expertises à l'exception de celle du Dr W._____», son état de santé «s'est notablement péjoré, de sorte qu'elle est aujourd'hui totalement incapable de travailler».

c) Afin de juger de l'évolution de l'état de santé de la recourante et de déterminer s'il y a eu ou non péjoration notable de l'état de santé de celle-ci depuis 1991, il convient de revenir sur les déclarations successives de l'assurée, sur les rapports médicaux de ses médecins traitants, tout particulièrement sur ceux établis par le Dr J._____, ainsi que sur les nombreuses expertises médicales, tant somatiques que psychiques, diligentées aussi bien par l'assureur LAA, que par l'Al ou même par l'assurée en personne. A ce titre, les éléments suivants ressortent des déclarations successives de l'assurée. En février 1988 déjà, l'assurée se plaint au Dr N._____ de «douleurs lombaires très vives», qu'elle qualifie de «très gênantes» (expertise du Dr N._____ du 29 février 1988, p. 6). Depuis 1988 également, une «recrudescence notable des douleurs» est signalée par l'assurée au Dr E._____, dans le cadre de son expertise effectuée pour le compte de l'Al (expertise du Dr E._____ du 20 février 1991, p. 2).

En été 1993, elle a déjà demandé une révision de sa rente Al et indiqué que «cela fait 1 année qu'elle est sans emploi» (soit depuis 1992), que ses douleurs sont «horribles» et qu'il y a des jours où elle ne peut «plus bouger à en mourir de douleurs» (questionnaire Al du 3 août 1993).

En octobre 2000, elle a indiqué au Dr B._____ que «depuis environ 8 ans», soit depuis 1992, elle ne pouvait plus du tout travailler en raison d'une importante symptomatologie douloureuse (expertise du Dr B._____ du 2 novembre 2000, p. 2). En avril 2000, elle a signalé à son médecin traitant que ses douleurs dorsales et lombaires ne cessaient de s'aggraver, ce qui poussa ce dernier à formuler une demande de révision de rente Al pour sa cliente (courrier du Dr J._____ du 18 avril 2000).

En octobre 2002, l'assurée a avisé l'Al que ces dernières années, son état de santé s'était «fortement aggravé» (courrier de R._____ du 10 octobre 2002). En novembre 2003, elle a affirmé au Dr C._____ qu'elle avait dû cesser dès 1993 toute activité professionnelle «

en raison de l'importance des douleurs» (expertise du Dr W._____ du 20 novembre 2003, p. 3). En février 2004, elle a déclaré au Dr C._____ que «depuis environ 2 ans», soit depuis 2002, ses douleurs continuaient à augmenter (rapport d'expertise du Dr C._____ du 6 mai 2004, p. 4).

Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir que, sur le plan des douleurs manifestées par la recourante, une aggravation notable se serait produite en 2000, dites douleurs étant déjà depuis l'année 1988 et le début des années 1990 qualifiées de «très vives», voire d'«horribles», par l'assurée elle-même. Ce sont justement ces «éléments subjectifs, soit la douleur et l'endurance», que met en exergue le Dr J._____, notamment dans son rapport médical du 18 avril 2000, pour motiver auprès de l'Al, respectivement de l'assureur LAA, la demande de révision de rente de sa patiente. Les éléments suivants ressortent des différents rapports médicaux établis par le Dr J._____ depuis 1987. En 1987, selon le Dr J._____, l'assurée ne peut «pas travailler à plus de 50 % à cause de lombalgies chroniques» (rapport médical du Dr J._____ du 9 décembre 1987). Toujours selon le Dr J._____, elle présente des douleurs à l'effort et ne peut supporter qu'une activité de 50 %; ce médecin concède, cependant qu'elle n'a pas de travail fixe (rapport médical du Dr J._____ du 27 janvier 1988). En 1995, le médecin traitant ajoute même qu'«il est très difficile de trouver une place à 50 %» (rapport médical du Dr J._____ du 26 janvier 1995). En 1997, le Dr J._____ s'exprime en ces termes: «je ne pense pas que le taux d'incapacité de R._____ va évoluer» (rapport médical du Dr J._____ du 9 octobre 1997). Selon lui, les douleurs chroniques dorsales et lombaires de R._____ ne cessent de s'aggraver (courrier du Dr J._____ du 18 avril 2000). En avril 2002, le Dr J._____ indique pourtant un «statu quo » ainsi que des consultations ayant lieu uniquement chaque 3 mois (rapport médical du Dr J._____ du 17 avril 2002). De même, en juillet 2002, le Dr J._____ confirme que les consultations sont «sporadiques», tout en faisant état, comme par le passé, d'une «moindre résistance à l'effort» (rapport médical du Dr J._____ du 23 juillet 2002). En octobre 2002, le Dr J._____ précise que l'incapacité de travail de sa patiente est de «100 % (...) depuis environ 10 ans» (rapport médical du Dr J._____ du 28

octobre 2002). Selon le Dr J. _____ toujours, l'incapacité de travail totale de sa patiente ne peut être améliorée par des mesures de réinsertion ou d'aménagement de son poste de travail (annexe au rapport médical du Dr J. _____ du 28 octobre 2002). En janvier 2003, le Dr J. _____ indique, toutefois, que la physiothérapie a permis d'améliorer l'état de santé de sa patiente et que la situation n'est «certes pas alarmante», s'agissant d'un cas de «lombalgies chroniques post-traumatiques qu'il faut de temps en temps soulager», raison pour laquelle sa patiente le «consulte sporadiquement lorsqu'elle a des poussées douloureuses» (rapport médical du Dr J. _____ non daté mais reçu le 8 janvier 2003). Cependant, en mai 2003, le Dr J. _____ affirme, à propos de sa patiente, qu'il y a bien eu des changements objectifs de son état de santé depuis 1993» et que la situation ne va pas s'arranger avec le temps, raison pour laquelle il conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 % (courrier du Dr J. _____ du 28 mai 2003). En juin 2004, le Dr J. _____ qualifie de «stationnaire » l'état de santé de sa patiente, du moins «depuis 3-4 ans», estimant qu'«il n'y a pas eu de modification en fait» (rapport médical du Dr J. _____ du 29 juin 2004).

Force est de constater que les motifs mis en avant par le médecin traitant de l'assurée n'apparaissent guère convaincants. A ce titre, les motifs économiques ou conjoncturels (difficultés de trouver un travail à mi-temps), font écho aux motifs de «convenance personnelle», aux «raisons personnelles» et à la «passivité» de l'assurée déjà relevés par l'employeur de celle-ci, ainsi que par son premier médecin traitant, le Dr Q. _____, et le premier expert à s'être prononcé en la cause, le Dr N. _____. De même, l'évolution de la capacité de travail de sa patiente dépeinte par le Dr J. _____ paraît comporter des contradictions : pronostic en 1997 que l'état de santé de sa patiente ne va plus évoluer, affirmations faisant état tantôt de la gravité et de l'aggravation du cas (par exemple en 2000), tantôt d'un statu quo et d'une situation qualifiée de «pas alarmante» et ne nécessitant que de sporadiques consultations lors des poussées douloureuses (par exemple en 2003), affirmation en 2002 que l'incapacité de travail de R. _____ est de 100 % «depuis

environ 10 ans».

Sur le plan objectif, les observations cliniques et radiographiques ne permettent pas de confirmer les conclusions du Dr J._____ relatives à l'aggravation de l'état de santé de sa patiente. Sur le plan radiographique, le Dr J._____ a lui-même convenu, en avril 2000, que les «éléments radiologiques» étaient déjà connus et que ce n'était pas sur ceux-ci que s'appuyait la demande de révision de sa patiente. Effectivement, déjà en 1985 le Dr M._____ avait observé un «rétrécissement du récessus latéral gauche à la hauteur du plateau de L5» ainsi qu'une compression sur le fourreau dural. Le Dr N._____ avait, lui également, noté dans son expertise de 1988 un rétrécissement du canal (p. 9), ou plus précisément un canal vertébral «déformé et rétréci» par la saillie du fragment postérieur et supérieur de L5 (p. 10). En conclusion, comme l'indiquèrent entre 2000 et 2004, les Drs B._____, W._____ et Y._____, il n'y a pas eu de changement notable comparé aux radiographies de 1994.

Il ressort de ce qui précède que les avis émis par les Drs J._____ et C._____ ne constituent que de nouvelles appréciations médicales d'une situation qui, sur le plan objectif, n'a pas changé de façon notable, conformément à la jurisprudence précitée.

Les arrêts rendus par le Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève et par le Tribunal fédéral ont exposé que ni le rapport d'expertise du Dr W._____ ni celui du Dr C._____, établis respectivement les 20 novembre 2003 et 6 mai 2004, n'avaient une valeur suffisante pour trancher la question de la révision ou non du droit de l'assurée à une rente d'invalidité de l'AI, de sorte que la réalisation d'une expertise multidisciplinaire a été rendue nécessaire. Le rapport de l'expertise réalisée par les Drs P._____, S._____, T._____, [...] et [...] 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. Comme l'a relevé le Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève, 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, tout au moins 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; en l'espèce, on ne voit pas sur quelles bases la Cour de céans serait autorisée à s'en écarter.

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 Dr E. _____ en février 1991 et que les diagnostics posés à l'époque par les experts judiciaires sont identiques. Sur le plan psychiatrique, le Dr S. _____ fait état de la présence d'un probable trouble mixte de la personnalité, dont les manifestations étaient déjà évoquées par le Dr E. _____ 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 Drs A. _____ et J. _____ 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 actuellement 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 Dr A. _____ ni le Dr J. _____ ne font état d'éléments objectivement vérifiables et pertinents qui auraient été ignorés par les experts du Centre d'expertises médicales Z. _____ 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 Dr A. _____ 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 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'intimée.

4. En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD).

La procédure devant le Tribunal cantonal des assurances est gratuite, sauf si la partie agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA). Tel n'est pas le cas en l'espèce, si bien que l'arrêt peut être rendu sans frais.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,

la Cour des assurances sociales
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. L'arrêt est rendu sans frais ni dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Michel Bergmann (pour R. _____),
- Compagnie d'Assurances Nationale Suisse,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :