

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 septembre 2020

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
MM. Berthoud et Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme Parel

Cause pendante entre :

L. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE POUR LE CANTON DE VAUD, à Vevey, intimé.

Art. 6, 7, 8, 43 al. 1 LPGA ; 28 LAI

E n f a i t :

A. L._____, née en 1973, d'origine portugaise, Suisse depuis 2013, mariée et mère de deux enfants nés en 1998 et 2006 (ci-après : l'assurée ou la recourante), travaillait depuis le 1^{er} mai 1996 en qualité d'opératrice de contrôle (assemblage et contrôle final à parts égales) pour la société I._____ à 90 %.

Le 4 janvier 2009, aux environs de 18 heures, alors qu'elle était en vacances chez ses beaux-parents au Portugal, l'assurée a chuté dans les escaliers (trois marches) et s'est réceptionnée sur les fesses. Elle a immédiatement ressenti des douleurs dans cette région du corps. Le lendemain, elle s'est rendue aux urgences. Selon le rapport du Service des urgences du 5 janvier 2009, une radiographie a été pratiquée, qui a révélé une « Fractura Sacro E Coccix F. Com Lesao Medular Soe ».

Dans son rapport du 13 janvier 2009, la Dre K._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué que la radiologie effectuée avait révélé une fracture du coccyx, qu'elle avait pu constater un hématome encore visible en regard du sacrum et que sa patiente avait rapporté un coccyx très douloureux ainsi qu'une douleur lombaire en inclinaison latérale à gauche. Le traitement, estimé à huit semaines, consistait en une médication antiinflammatoire et antalgique, la mise à disposition d'une « bouée » pour s'asseoir et dans un deuxième temps de séances de physiothérapie. Elle attestait que l'assurée était en incapacité totale de travail du 5 janvier au 28 février 2009 et que sa capacité de travail serait réévaluée selon l'évolution.

Le rapport radiographique du 14 mai 2009 indique qu'un scanner CT du bassin et/ou des articulations sacro-iliaques du 13 mai 2009 a été pratiqué en raison de la suspicion d'une pseudoarthrose d'une fracture du coccyx. Il décrit ce qui suit :

« Le sacrum présente un grand axe horizontalisé qui forme avec le coccyx un angle aigu de près de 62 degrés. Irrégularités des contours postérieurs de l'extrémité distale du sacrum et petite marche d'escalier au niveau du versant coccygien de la surface articulaire sacro coccygienne (de la 1^{ère} pièce coccygienne) en rapport avec une petite fracture. Il n'y a pas de signes de pseudoarthrose de la fracture de la paroi postérieure du sacrum distal. Pas d'autre trait de fracture visible. Les articulations sacro-iliaques sont congruentes et sont le siège de remaniements dégénératifs modérés. Remaniements dégénératifs au niveau des articulaires postérieures en L5-S1. Pas de fracture visible au niveau des branches ilio-ischio-pubiennes ni au niveau des os iliaques. »

Le 21 mai 2009, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou la SUVA) qu'il adressait l'assurée au Dr A.W._____, spécialiste en chirurgie.

Le rapport radiographique du 11 juin 2009 relatif à une radiologie numérique (CR) du sacrum (profil) du 10 juin précédent indique que l'examen a été interprété en corrélation avec le CT-Scan du 13 mai 2009. Les structures osseuses sont de densité normale. On retrouve de manière superposable au scanner un angle aigu entre l'axe du sacrum et du coccyx mesuré à 86 % degrés en position debout, et 92 degrés en position assise. Il n'y a pas de luxation du coccyx. La fracture décrite au niveau de la 1^{ère} pièce coccygienne n'est pas visible. Il n'y a pas de déplacement secondaire.

Le 6 juillet 2009, le Dr A.W._____ a indiqué à la CNA que l'évolution était défavorable vu la persistance des douleurs, qu'il avait procédé à une infiltration cortisonnée, qu'il prévoyait de voir sa patiente une fois par mois et qu'une intervention chirurgicale d'excision serait peut-être nécessaire. Le 5 novembre 2009, ce spécialiste a exposé que la résection du coccyx avait eu lieu le 25 septembre précédent, que l'évolution était favorable et qu'il était prévu que l'assurée reprenne son activité professionnelle à 100 % le 3 janvier 2010. Le 30 novembre 2009, le Dr A.W._____ a informé la CNA que la reprise de travail le 3 janvier 2010 se ferait à un taux de 50 %. Finalement, le 7 janvier 2010, il a indiqué que l'assurée reprendrait son activité à 40 % du 10 janvier au 19 février 2010.

Il ressort du protocole opératoire que lors de la coccygectomie du 25 septembre 2009, le Prof X._____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, en chirurgie viscérale et médecin adjoint du département de chirurgie des Hôpitaux Y.____ (ci-après : Y.____), assistait le Dr A.W._____.

Dans son rapport du 25 mars 2010, le Dr A.W._____ indiquait comme diagnostic un status post fracture sacro-coccygienne ; il exposait que l'assurée présentait une coccygodynie et une névralgie pudendale bilatérale post opératoire, que le traitement consistait en infiltrations périnéales itératives et que la patiente avait elle-même demandé à reprendre son activité professionnelle à 40 % de son taux usuel dès le 1^{er} avril 2010. Le 15 avril 2010, ce spécialiste indiquait une lente diminution des douleurs et le déclenchement d'un syndrome du nerf pudental bilatéral pour lequel il avait pratiqué le jour même une infiltration.

Le 20 mai 2010, l'assurée a repris son activité professionnelle à 50 % de son taux d'occupation habituel.

Le 9 septembre 2010, le Dr A.W._____ informait la CNA que les douleurs étaient en régression et qu'il poursuivait le traitement par infiltrations mensuelles du nerf pudental.

B. Le 25 octobre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI).

Le 29 novembre 2010, le Dr A.W._____ a exposé avoir pratiqué une neurolyse pudendale du nerf honteux (réd.: ou nerf pudental) droit le 12 novembre 2010, que le suivi post opératoire avait lieu toutes les deux semaines et qu'une reprise de l'activité professionnelle à 50 % était prévue pour le 15 janvier 2011. L'assurée a finalement repris son activité professionnelle à un taux de 50 % de son taux habituel le 31 janvier 2011.

Un rapport du 14 juillet 2011 relatif à une IRM du pelvis pratiquée le 12 juillet précédent conclut à un status après coccygectomie avec persistance d'un discret remaniement cicatriciel présacré.

Il ressort du procès-verbal d'entretien établi le 5 avril 2012 par la CNA que l'assurée a déclaré souffrir de plus en plus au point qu'elle envisageait un nouvel arrêt de travail. Elle a expliqué qu'elle tenait assise uniquement deux heures, les tiraillements et les brûlures dans le dos devenant ensuite insupportables ; elle doit alors se lever gentiment, se redresser complètement et faire quelques pas. Elle a vu une spécialiste qui envisage un suivi de physiothérapie spécial (traitement par l'intérieur). Si cela ne suffit pas, elle envisage la pose d'un stimulateur mais craint l'implant dans le dos et le risque de paralysie. Elle prend toujours le même cocktail de médicaments quotidien et les mêmes doses qu'auparavant : elle a essayé de diminuer la dose de Lyrica® dans le but de changer de médication mais a dû y revenir. Son poste de travail a été adapté (chaise « coupée » à l'arrière et équipée d'une housse spéciale et mise à disposition d'un repose-pieds plus grand et plus stable), ce qui lui amène un meilleur confort mais ne permet pas une augmentation de son taux d'activité.

Il ressort de l'avis établi le 16 mai 2013 par le Service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR) notamment ce qui suit :

« Cette ouvrière d'usine de 39 ans souffre de douleurs chroniques suite à un traumatisme du coccyx en janvier 2009 suivi de plusieurs opérations. Depuis février 2011, elle a une CT [réd. : capacité de travail] de 50% (sur un taux contractuel de 90%) dans toute activité. L'enquête ménagère du 12.07.2012 a mis en évidence des empêchements de 37% (sur un 100%). Selon les renseignements médicaux obtenus en décembre des médecins traitants (RM [rapports médicaux] 18 et 23.12.2012), la situation médicale n'a pas changé.

Evolution de la CT (dans toute activité) depuis 2009 (selon dossier SUVA) :

- 0% du 04.01.2009 au 06.01.2009
- 60% du 07.01.2009 au 19.05.2009
- 50% du 20.05.2009 au 10.11.2010
- 0% du 11.11.2010 au 30.01.2011

-50% depuis le 31.01.2011 »

Le 19 décembre 2013, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2011.

Le 27 décembre 2013, l'assurée a déposé une demande de révision faisant état d'une aggravation de son état de santé à compter du 16 septembre 2013.

Le 28 mai 2014, la Dre Z._____, spécialiste en neurologie, a adressé à la Dre K._____ un rapport médical dans lequel elle pose les diagnostics d'épisodes d'endormissement des faces latérales des hanches et haut des cuisses d'origine incertaine ainsi que de douleurs sacrées et périnéales dans un contexte de « S/P fracture du coccyx (04.01.2009), ablation du coccyx (06.2009), libération du nerf honteux droit (2012) et mise en place d'une neuromodulation sacrée ». Elle conclut notamment comme suit :

« Il y a des épisodes d'endormissement des faces latérales des hanches et haut des cuisses, évoquant la possibilité d'une neuropathie compressive par étirement intermittente des nerfs cutané fémoro-latéral des cuisses bien que l'extension relativement proximale laisse un doute. L'examen des membres inférieurs de ce jour est normal que ce soit sur le plan sensitif, moteur ou des réflexes.

Le dépistage électrophysiologique démontre des réponses motrices et sensitives symétriques aux membres inférieurs en neurographie avec des réponses tardives médullaires normales. En l'absence de trouble sensitif des cuisses ce jour, j'ai renoncé à une neurographie des nerfs cutanés fémoro-latéraux des cuisses qui de toute façon restera d'interprétation difficile quel qu'en soit le résultat. La myographie limitée aux myotomes L5/S1 droits est également normale.

La question d'une origine radiculaire lombaire reste toutefois ouverte, s'agissant dès lors d'une présentation très atypique pour une telle hypothèse : la description de douleurs du bord externe du pied (dermatome S1) droit irradiant de manière ascendante à la face latérale du membre (dermatome plutôt L5) parlant en faveur de pseudo-sciatalgies. Finalement, il n'y a pas d'histoire de lombalgies mêmes. Cette problématique s'inscrivant dans les suites « compliquées » de la fracture du coccyx, la responsabilité d'un trouble statique du bassin/membres inférieurs à l'origine dans l'expression des endormissements intermittents latéraux des cuisses et hanche ou encore des douleurs du membre inférieur droit et finalement potentiellement de la symptomatologie douloureuse périnéale se discute : à noter que si les douleurs de la région

périnéale, à connotation de brûlure pourraient suggérer une origine neurologique, la sensibilité même du périnée apparaît normale ce jour. Je n'ai pas effectué d'examen plus extensif de la région et des sphincters, sachant que la patiente est étroitement [réd. : ?] pour cette problématique et qu'une IRM du pelvis (12/07/2011) n'a démontré aucune anomalie des organes pelviens. Finalement, s'agissant d'une situation complexe, le bilan pourrait être complété par précaution par IRM lombaire, pour écarter formellement une problématique compressive au niveau radiculaire (queue de cheval ? canal lombaire ? foramen ?...). En l'absence d'éléments cliniques en faveur d'une problématique neurologique centrale notamment médullaire, je ne propose pas d'investigation plus étendue du névraxe. Il y a finalement des épisodes d'endormissement des deux derniers doigts des mains, synchrones ou asynchrones, évocateurs d'une compression intermittente des nerfs cubitiaux aux coudes. Cliniquement, il n'y a pas de dysfonction sensitive et/ou motrice dans le territoire des nerfs cubitiaux ni médians. En l'absence de répercussion clinique, je renonce à une évaluation électrophysiologique, s'agissant avant tout de conseiller à la patiente d'éviter autant que possible toute contrainte sur les nerfs cubitiaux (éviter les accoudements, activité en flexion des coudes...). Une réévaluation neurologique éventuellement complétée d'une électrophysiologie pourrait être souhaitable en cas d'évolution défavorable. »

Le rapport radiographique du 2 juillet 2014 relatif à un scanner de la colonne lombaire effectué le 26 juin 2014 conclut qu'il n'y a pas d'argument pour une hernie discale, ni de conflit radiculaire mis en évidence, pas plus que pour un syndrome de la queue de cheval. Est relevé un status post-résection du coccyx, le restant des données TDM (réd. : scanographiques) étant par ailleurs dans les limites de la norme pour l'âge.

Le 17 septembre 2014, la Prof D. _____, médecin cheffe du Centre de Neuro-urologie du M. _____, a rendu compte de l'examen urodynamique effectué le 10 septembre précédent. Au titre de conclusions, traitement et évolution, elle relevait ce qui suit :

« Dans les conditions de l'examen, nous observons la présence d'une vessie hypercapacitive, avec une sensibilité légèrement altérée, une compliance vésicale bonne et l'absence d'instabilité détrusorienne. Anamnestiquement, nous soupçonnons quand même la présence d'une hyperactivité vésicale sans instabilité détrusorienne, au vu de la présence d'une pollakiurie et de l'incontinence de type urgence. Nous n'avons pas d'origine claire à l'hyperactivité vésicale, mais celle-ci peut tout à fait être expliquée par les douleurs chroniques ressenties par la patiente. La profilométrie urétrale montre une bonne pression sphinctérienne

mais, lorsque la vessie est pleine, nous observons une légère incontinence à la toux, que nous mettons sur le compte de troubles de la statique pelvienne, chez cette patiente connue pour un status post deux accouchements par voie basse. A noter encore que l'ablation du coccyx peut également jouer un rôle dans l'apparition de cette incontinence d'effort, étant donné que le coccyx est le site de l'insertion du muscle pubo-coccygien, qui est un des principaux muscles du diaphragme pelvien.

Comme propositions thérapeutiques, nous proposons à la patiente un traitement anticholinergique par Vesicare 5 mg une fois par jour, à augmenter à 10 mg en cas d'inefficacité du traitement, afin de traiter l'hyperactivité vésicale. Concernant l'incontinence d'effort, nous lui prescrivons neuf séances de physiothérapie de renforcement du diaphragme pelvien, thérapie dont la patiente a déjà bénéficié dans le passé avec de bons résultats. [...]. »

Le 29 octobre 2014, I. _____ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour des motifs économiques.

Le 5 décembre 2014, le Dr A.W. _____ a procédé au déplacement du neurostimulateur gauche en raison de douleurs glutéales sur migration de la batterie de neurostimulateur de la fesse gauche. Le rapport médical du 9 décembre suivant indique que les suites opératoires ont été simples, qu'à la sortie la plaie était calme et qu'au vu de la bonne évolution clinique elle a quitté le service le 7 décembre 2014.

Le 26 janvier 2016, les experts Prof V. _____, et la Dre P. _____, respectivement médecin adjoint et cheffe de clinique adjointe du Service de neurologie du M. _____, ont rendu leur rapport d'expertise disciplinaire sur mandat de la CNA incluant le consilium rhumatologique du Dr B.W. _____, médecin chef du Service de rhumatologie de l'Hôpital orthopédique, ainsi que le consilium psychiatrique du Dr B. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie établi à Lausanne. Le rapport proprement dit de l'expert psychiatre, daté du 22 janvier 2016, a été envoyé séparément.

Le rapport d'expertise pluridisciplinaire retient notamment les éléments suivants :

« L'expertise est demandée par la SUVA afin de définir le droit actuel et passé aux prestations de l'expertisée; il s'agit de préciser quelle

est son incapacité de travail depuis une fracture du coccyx datant de janvier 2009, si cette incapacité a une origine neurologique, rhumatologique ou psychiatrique, et d'évaluer l'exigibilité actuelle au travail.

[...]

3.1 Anamnèse psycho-sociale

[...]

L'expertisée habite dans un appartement au 2^{ème} étage d'un immeuble avec ascenseur, avec son mari et ses deux enfants. Elle s'occupe des finances, du loyer et fait les paiements par internet. Elle n'a pas de dettes ou de poursuites. L'expertisée assure les tâches ménagères avec l'aide de sa famille. Elle conduit et possède un permis de conduire pour voiture et dispose d'un véhicule qu'elle utilise régulièrement dans la région de Nyon pour faire les courses, se rendre chez son médecin ou accompagner ses enfants à différentes activités. Elle ne peut pas utiliser le bus à cause des vibrations aggravant ses douleurs et n'utilisent que difficilement le train pour la même raison.

[...]

3.3 Antécédents personnels

Troubles douloureux chroniques avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41), existant depuis probablement 2012.

Sacralgies chroniques post-traumatiques depuis une fracture du coccyx en janvier 2009.

Status post ablation du coccyx (06.2009).

Status post libération du nerf honteux droit (20012).

Mise en place d'une neuromodulation sacrée.

[...]

4. Rappel de l'affection actuelle

Le 04.01.2009, l'expertisée fait une chute dans les escaliers au cours de ses vacances au Portugal, sans perte de connaissance et sans heurter sa tête, mais tombe d'une hauteur d'environ 3 marches. Elle ressent alors une grande douleur dans les fesses.

[...] les douleurs persistent au niveau des fesses et s'aggravent pendant la nuit. Le lendemain, son mari note un hématome du sacrum. Comme les douleurs s'aggravent encore pendant la matinée, l'expertisée se rend aux urgences « parce que je n'arrivais plus à marcher ». Après des radiographies effectuées en urgence, le médecin constate une fracture du coccyx « mais que l'on ne voyait pas très bien ». Il prescrit du Voltarène et lui conseille de se présenter chez son médecin dès son retour en Suisse pour suivre un traitement qui sera probablement « compliqué selon lui ».

Après une semaine, l'expertisée rentre en Suisse en avion, tout en souffrant d'importantes douleurs et rendant le voyage pénible.

Elle consulte son médecin de famille, la Dre K._____, qui prescrit une physiothérapie à la Clinique T._____. Comme les douleurs ne s'améliorent pas, l'expertisée consulte le Dr H._____, orthopédiste, qui constate une fracture compliquée (« il m'a dit que c'était beaucoup trop délicat pour lui »). Pour cette raison, le Dr H._____ l'adresse au Dr A.W._____ qui commence un traitement avec des injections directes dans la fracture dès mai 2009. Ce traitement aggrave encore les douleurs « et là, ça m'a vraiment fait mal ». Suite à cet échec thérapeutique, le Dr A.W._____ lui propose une intervention du coccyx en collaboration avec le Prof. X._____. Pour ne pas gâcher les vacances de sa famille, l'expertisée repousse cette opération après un voyage de 3 semaines au Portugal en été 2009.

Le 25.09.2009, elle subit une intervention avec la résection d'environ 6 cm du coccyx. Malgré cette intervention, l'expertisée souffre toujours d'importantes douleurs « mais ce n'était pas les mêmes douleurs ». Après des douleurs en lien avec les mouvements, elle souffre désormais de douleurs permanentes avec des irradiations au bassin. Comme ces douleurs persistent, elle subit des infiltrations « dans le nerf à vif et c'était l'horreur ». Sans amélioration et malgré diverses démarches thérapeutiques en 2010 et 2011, elle subit une neurolyse du nerf honteux droit. Dans les suites opératoires, il y a une amélioration des douleurs, mais après deux ou trois mois, une nouvelle péjoration, « et là, c'était à nouveau la même chose ». Elle subit encore des infiltrations de cortisone et des anesthésies avec infiltration des nerfs honteux, avec, à chaque fois, un bon résultat initial de quelques heures, suivi pourtant par une aggravation « pendant deux à trois heures, c'était le paradis mais lorsque l'anesthésie ne faisait plus d'effets, les douleurs revenaient ».

En 2012, la Suva l'adresse à un spécialiste de la douleur à [...] qui recommence des infiltrations, sans effet bénéfique. Par la suite ce même spécialiste lui propose un traitement par neurostimulateur épidural. Ayant développé plusieurs effets secondaires des différents traitements reçus (rapporte, entre autre, une luxation de la mâchoire en relation avec la prise de Primperan en 1995), la patiente refuse cette intervention « parce que je n'ai pas de chance, j'ai toujours des trucs bizarres ». Puis, le Dr A.W._____ lui parle d'une neurostimulation sacrée et lui propose un essai thérapeutique en collaboration avec le Prof. X._____.

En attendant cette intervention, l'expertisée traverse une période difficile (sa fille est victime d'une chute du balcon avec fracture d'une vertèbre par tassement, le 29.05.2012). Suite à cette chute, l'expertisée est accusée de blessures graves par négligence et fait objet d'une enquête engagée par le tribunal. Face à ces accusations, elle doit prendre un avocat avant que la procédure n'aboutisse à un non-lieu le 25.10.2012 ; son fils a un accident au football le 13.10.2012 avec fracture d'une côte nécessitant une hospitalisation d'urgence.

Le 15.10.2012, elle reçoit, au travail, un appel de l'hôpital pour l'informer de l'intervention pour l'implantation du neurostimulateur, organisée pour le 19.10.2012, sans qu'elle en ait été concertée. Face au stress dû à l'accident de son fils et l'enquête pénale avec la chute de sa fille, l'expertisée, n'est pas en mesure d'accepter cette intervention et ce, quelques jours avant la convocation au tribunal le 25.10.2012. Soulagée, grâce au non lieu retenu par le tribunal, elle continue pourtant de souffrir de douleurs aggravées par plusieurs mois de lutte et de stress car « c'était un stress énorme, j'ai eu peur que l'on m'enlève les enfants et le stress aggrave mes douleurs ».

En décembre 2012, elle revoit le Dr A.W._____ qui programme finalement l'implantation du neurostimulateur pour mars 2013. Grâce à cette intervention, les douleurs de l'expertisée s'améliorent et c'est ainsi que le Dr A.W._____ l'appelle pour programmer une implantation définitive pour stimulation sacrée bilatérale un mois plus tard. Après cette intervention en avril 2013, L'expertisée constate une bonne amélioration de ses douleurs, tout en n'arrivant pas à diminuer sa médication.

Depuis lors, elle continue de présenter des douleurs des fesses avec des irradiations au bassin, jusque dans le vagin et l'anus « c'est des douleurs sévères, je peux être bien et tout à coup, j'ai une lancée

douloureuse ». Depuis bientôt 2 ans, son état reste inchangé et elle essaie de vivre avec ces douleurs qui s'améliorent par moments, grâce à la programmation de son neurostimulateur. Elle rapporte cependant une fatigue liée à sa médication ainsi que par les douleurs qui ont une répercussion sur sa vie de couple car les rapports sexuels aggravent les symptômes.

L'expertisée dit qu'elle est déterminée à affronter sa situation et à garder le moral car « ça va, j'estime que j'ai une force de vivre, c'était dur d'accepter l'handicap, mais avec le temps, je vis avec ».

Ayant des difficultés au travail en relation avec ses douleurs et une fatigue, elle réagit néanmoins négativement aux arrêts de travail « quand on m'a parlé de l'AI au travail, je me suis effondrée en larmes, je me suis toujours battue pour garder mon travail, j'aimais bien travailler ». C'est ainsi qu'elle insiste d'abord pour augmenter son taux de travail. Depuis son incapacité de travail (voir Anamnèse professionnelle, page 9), elle est pourtant confrontée à un budget très restreint et attend une décision de la SUVA « parce que mon mari gagne peu et il nous faut rassembler les deux salaires pour vivre ».

5. Description des plaintes actuelles

Actuellement, la patiente se plaint de douleurs au niveau des fesses avec des irradiations au niveau du bassin. En parallèle à ces douleurs permanentes, elle souffre d'une grande fatigue accentuée dans l'après-midi. Elle est obligée de renoncer à beaucoup d'activités avec ses enfants et son mari. Souffrant de cette situation elle essaie de l'accepter, sans diminution manifeste de l'humeur. Le moral est donc décrit comme satisfaisant.

[...]

Traitement actuel (et voir à ce sujet les dosages sériques effectués par le Dr B. _____, dans son rapport séparé de cette expertise)

Citalopram 20 mg 1cpr/jour.

Dafalgan 1 g 4 cpr/jour + 1 cpr en réserve

Irfen retard 800 mg 1 cpr/jour, + 1 cpr en réserve

Ceraset 1 cpr/jour

Lyrica 75 mg 2 cpr/jour

Lyrica 150 mg 1 cpr par jour

Midocalm 150 mg 3 cpr/jour

Symphona forte 2 cpr/jour

Pentoprazol 40mg 1 cpr/jour

Librax 2 dragées/jour

Iberogast 3 x 20 goutte/jour

Vesicare 10 mg 1 cpr/jour

Ulcar 10 mg 1 cpr/jour

L'expertisée a arrêté le Remeron et le Triptisol à cause d'effets secondaires.

Prise en charge thérapeutique actuelle

Suivie par son médecin traitant, la Dre K. _____ depuis 25 ans et qu'elle voit actuellement 1x/mois

Suivie par le chirurgien, Dr A.W. _____ qu'elle consulte régulièrement pour un suivi de son neurostimulateur qui s'est déplacé à plusieurs reprises, nécessitant une dernière intervention le 05.12.2014.

Suivie par la Dre F. _____, spécialisée dans le traitement de la douleur, que Mme consulte également pour le réglage de son neurostimulateur.

Pas de psychiatre ni de physiothérapeute.

Description de la vie quotidienne

L'expertisée se lève vers 06h 30, va aux toilettes, se lave et s'habille avant de prendre un café et le petit déjeuner avec son mari à 06h45. A 07h15, elle réveille ses enfants et leur prépare leur petit déjeuner. Elle aide sa fille à se préparer pour l'école, avant de rencontrer son amie qui l'attend devant l'immeuble afin de se rendre à pieds à l'école de sa fille. Sur le chemin du retour elle se rend chez elle ou chez son amie pour discuter autour d'un café. Après cela, elle s'occupe de sa correspondance et commence à préparer le repas de midi. Si elle souffre d'un coup de fatigue, elle se couche sur le canapé, s'endort pendant environ 30 minutes. A 12h00, le repas est prêt et l'expertisée mange avec ses enfants et son mari et passe encore un moment avec sa famille à discuter et se recouche sur le canapé pendant encore environ 30 min une fois que son mari est reparti au travail. Après la sieste, elle débarrasse la table, nettoie la cuisine et fait la vaisselle, et vers 13h30 elle raccompagne sa fille à l'école et profite pour sortir son chien. A son retour à la maison elle se recouche sur le canapé et dort souvent jusqu'à 15h00, heure à laquelle elle se lève pour aller rechercher sa fille à l'école. De retour à la maison avec sa fille, elle l'aide à faire ses devoirs et passe du temps avec elle, par exemple en faisant des jeux de sociétés ou en regardant la télévision. Vers 18h00, elle commence à préparer le repas du soir qui est pris en famille vers 19h00. Une fois le repas terminé, elle débarrasse la table, nettoie la cuisine avant de passer le reste de la soirée en famille. Elle se couche vers 21h00 et regarde la télévision avant de s'endormir vers 22h30/23h00.

L'expertisée assure les tâches ménagères avec l'aide de sa famille. Elle fait seule les courses légères dans des supermarchés comme la [...] où elle se rend en voiture.

[...]

6. Constatations objectives

Etat général : morphotype svelte et athlétique.

Fonctions supérieures : patiente droitrière, faisant son âge, tenue vestimentaire et hygiène correctes, normothymique et collaborante, se rappelant son anamnèse avec précision. Orientée dans le temps et l'espace sur sa personne et sa situation. Pas de trouble phasique ni de dysarthrie. Pas de trouble praxique ni exécutif.

Tête et cou : motilité du rachis cervical limitée dans toutes les directions, sans douleur ni raideur de la nuque. Pas de signe de Lhermitte. Pas de souffle carotidien. Pas d'hyposomnie. Acuité visuelle 1.0 des deux côtés. Papilles bien délimitées, avec un champ visuel conservé à la confrontation digitale. Pupilles isocores et isoréactives à l'illumination directe et consensuelle. Poursuite discrètement saccadée sans nystagmus pathologique spontanée. Pas de trouble sensitivomoteur de la face, les dernières paires crâniennes sont sans particularité.

Membres supérieurs : épreuve des bras tendus tenue sans pronation ni creusement. Mobilité fine conservée. Testing segmentaire de la force : normal sur les groupes musculaires. Sensibilité conservée dans toutes ses modalités. Tonus normal. Epreuve doigt-nez sans particularité. Pas d'activité musculaire anormale, ni de mouvements anormaux. Manoeuvre de Phanel et signe de tinel négatifs.

Membres inférieurs : épreuve des jambes fléchies tenue. Testing de la force segmentaire sans parésie. Tonus normal. Sensibilité conservée dans toutes ses modalités. Pas d'hyperalgésie ni d'allodynie. Talon-genou sans crochetage. Pas d'activité musculaire anormale. Pas de mouvements anormaux. Absence de signe de Lasègue.

Tronc : pas de parésie au niveau sensitif, notamment sur les fesses et le périnée. Tonus axial conservé. Pas d'activité musculaire anormale ni de mouvements anormaux. Position et marche : station debout sans particularité, démarche spontanée et marche du funambule sans particularité. Marche sur les talons et pointes des pieds bien effectuée. Accroupissement et sautellement monopodal bien réalisés. Epreuve de Romberg bien réalisé, sans instabilité, par l'occlusion des yeux. Réflexes posturaux conservés.

Réflexes : pas de réflexe archaïque, masséterin normovif, ostéo-tendineux normovifs et symétriques aux quatre membres, cutané plantaire en flexion des deux côtés, cutanés abdominaux symétriques aux quatre quadrants. Pas de signe de Hofmann Tromner.

Tension artérielle : 115/73 mm Hg, pouls régulier et normocarde.

Consilium rhumatologique du Dr B.W._____ du 28.11.2014 (cf. pièce jointe)

Consilium psychiatrique du Dr B._____ en avril 2015 (voir son dossier qui sera envoyé directement)

[...]

7. Appréciation du cas

L'expertisée présente des douleurs sacrées chroniques fluctuantes dans les suites d'un accident avec fracture du coccyx. Des irradiations aux fesses, avec par intermittence des irradiations électriques dans les membres inférieurs, de même que des lombalgies sont aussi rapportées.

Les douleurs sont référées uniquement depuis le traumatisme ayant abouti à une fracture du coccyx en 2009. Elles n'ont jamais cédées depuis malgré de multiples interventions médicales et chirurgicales, avec résection du coccyx, pose de stimulateur, infiltrations répétées puis neurolyse du nerf honteux droit.

Les douleurs sont décrites comme continues, présentes jour et nuit et exacerbées le soir par la position assise et la position couchée sur le dos, avec un impact fonctionnel important sur la vie quotidienne. Sur le plan thérapeutique, malgré la prise de nombreux médicaments, l'effet bénéfique sur les douleurs est considéré comme transitoire et moyen.

Actuellement, l'examen neurologique est normal, et particulièrement sans signes déficitaires aux fesses ou au périnée. Ces manifestations douloureuses sacrées sans déficit correspondent à un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne.

Cette coccygectomie pourrait avoir, rétrospectivement, été à l'origine d'une chronicisation de la douleur sacrée. La coccygectomie s'adresse exclusivement aux instabilités invalidantes du coccyx (voir le site internet <http://www.sofmmoo.org/documents/coccyx-jym.pdf>), non soulagées par d'autres moyens. Il apparaît que l'indication opératoire était ainsi retenue chez l'expertisée. Elle est rapportée pour apporter de bons résultats dans plus de 90% des cas. L'amélioration apparaît au deuxième ou troisième mois, mais dans quelques rares cas, il faut un à deux ans avant l'amélioration. Dans le cas de l'expertisée, ce délai est dépassé et le pronostic paraît donc être réservé et les douleurs fixées.

Les traitements médicaux et chirurgicaux ont été peu ou pas efficaces et nous pensons qu'il pourrait être utile de réduire les médicaments antalgiques d'autant qu'il existe indéniablement des effets secondaires, notamment de fatigue liée à leur prise continue. A leur place, un traitement de rééducation pelvienne pourrait être

certainement utile, avec des massages pelviens. Cette appréciation doit cependant être pondérée par les dosages sériques des antalgiques qui ont été retrouvés dans les limites inférieures des taux thérapeutiques (voir rapport du Dr B. _____).

Questions pour le rapport général intégrant Neurologie, Rhumatologie et Psychiatrie

1. Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, quelles sont celles qui ont au degré de la vraisemblance prépondérante, reposent sur un substrat organique ?

Sans objet aux plan neurologique, psychique ou rhumatologique.

Quelles constatations permettent-elles d'objectiver ce substrat organique ? Sans objet.

Existe-t-il des indices d'une atteinte psychique ?

L'évolution défavorable des douleurs, ayant pour origine une fracture du coccyx, dans un contexte de stress psychosocial, avec la survenue de symptômes non expliqués entièrement par un processus physiologique, correspond à un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (voir rapport du Dr B. _____).

2. Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé de l'assurée ? Si oui, lequel ? Sur le plan organique ?

Le syndrome douloureux pelvien chronique dont souffre l'expertisée a un pronostic réservé. Un traitement psychothérapeutique peut soutenir l'expertisée L. _____ face à sa situation de stress psychosocial, avec conséquences une amélioration potentielle de ses symptômes somatoformes. En parallèle, un traitement de rééducation pelvienne pourrait être utile, avec des massages pelviens, et une réduction de posologie des antalgiques.

3. Au regard des seules séquelles accidentelles qui ont un substrat organique, de quelle manière et dans quelle mesure la capacité de travail en termes de rendement, est-elle limitée dans la profession habituelle d'assemblage et de contrôle de pièces électroniques ? Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Le syndrome douloureux pelvien limite potentiellement les activités professionnelles telles qu'exercées ces dernières années en raison du caractère intermittent nécessitant des changements de position réguliers.

L'absence de déficits neurologiques, le caractère intermittent des douleurs, l'adhérence discutable à la prise des traitements (voir rapport du Dr B. _____), le potentiel thérapeutique favorable d'une prise en charge psychothérapeutique (voir rapport du Dr B. _____) et finalement l'absence de maladie rhumatologique sous-jacente (voir rapport du Dr B.W. _____) sont les arguments qui justifient une pleine capacité de travail dans des activités ciblées où l'expertisée pourrait changer régulièrement de position.

4. Uniquement si l'état de santé de l'assurée était stabilisé et au regard des seules séquelles accidentelles qui ont un substrat organique, y a-t-il une atteinte à l'intégrité physique durable ? Si Oui, à quel degré ? Prière de motiver votre appréciation en référence à l'annexe 3 (art. 36 al. 2) OLAA et au « Tables concernant les atteintes à l'intégrité selon la LAA » de la Suva.

Sans objet aux plans neurologique, psychique ou rhumatologique. »

Le consilium rhumatologique du Dr B.W._____ retient notamment ce qui suit :

« Je vous remercie de m'avoir adressé la patiente susnommée que j'ai vue en consilium à votre demande dans le cadre d'une expertise AI à ma consultation ambulatoire de rhumatologie le 28 novembre 2014.

Diagnostics :

- **Sacralgies chroniques post traumatiques d'origine indéterminée.**
- **Status après résection du coccyx.**
- **Absence d'arguments pour une spondylarthropathie.**

Rappel anamnestique :

Je ne reviendrais pas en détails sur les antécédents de cette patiente qui sont bien décrits dans l'expertise elle-même. En résumé cette patiente continue à présenter des douleurs localisées au niveau des deux fesses avec par intermittence des irradiations électriques dans les membres inférieurs et dans le dos. Par ailleurs elle présente également des lombalgies. Les douleurs sont présentes uniquement depuis le traumatisme ayant abouti une fracture du coccyx en 2009, elles n'ont jamais cédé depuis malgré de multiples interventions, résection du coccyx, pose de stimulateurs, tension sur le nerf honteux droit. La douleur est décrite comme continue, présente jour et nuit, exacerbée le soir par la position assise et la position couchée sur le dos. La nuit la patiente est régulièrement réveillée, par contre, il n'y a pas véritablement de raideur matinale, mais un dérouillage relativement bref de 15 mn. Pour une maladie rhumatismale inflammatoire, la patiente ne signale pas de problème cutané, oculaire, digestif, urogénital, il n'y a aucun problème familial, notamment dans le sens d'une spondylarthropathie. Sur le plan thérapeutique, la patiente prend de nombreux médicaments, 300 mg de Lyrica, 800 mg de Brufen, du Dafalgan qui la soulagent partiellement, mais ne suppriment pas complètement les douleurs. L'IRM lombaire et des sacro-iliaques a été effectuée en 2012,

[...]

Status :

Poids 52 kg pour une taille de 159 cm. La peau et les phanères sont sans particularité. Sur le plan ostéoarticulaire, la statique rachidienne est conservée avec un bassin plutôt horizontal et une lordose lombaire bien marquée. Les flèches de Forestier sont par contre dans les normes. La distance doigts-sol est à 40 cm avec un Schöber par contre parfaitement conservé à 15/19 cm. Les inclinaisons latérales sont bonnes à plus de 10 cm. L'ampliation thoracique également. Il n'y pas de limitation de la mobilité de la nuque, des épaules, des poignets et des mains. Au niveau des hanches, la mobilité est parfaite, indolore. Le clinostatisme déclenche une douleur au niveau des deux fesses à la mise sous tension des fessiers. Le testing des sacro-iliaques est sans grande particularité, notamment la manoeuvre de Faber Patrick est indolore, la palpation des sacro-iliaques elle-même est douloureuse, ainsi que la région du coccyx, qui est absente. Il n'y a pas de douleur sur la crête iliaque, pas de douleur à la palpation du rachis lombaire bas. La mobilité des hanches est parfaite, il n'y a pas de limitation des genoux, la manoeuvre de Lasègue est limitée par des douleurs

et une contraction volontaire en position couchée elle est à 90° lorsque la patiente est assise, on palpe les stimulateurs dans les fesses qui sont douloureuses à la palpation.

IRM du 26.10.2012 et CT lombaire du 13.05.2009 :

Images revue avec nos radiologues : absence de signe en faveur d'une sacro-iléite ou d'autres signes pour une spondylarthropathie.

Appréciation :

Vous m'avez adressé cette patiente pour exclure une spondylarthrite comme étant responsable de la symptomatologie lombaire post-traumatique. En fait, l'anamnèse est tout sauf évocatrice d'une maladie rhumatismale inflammatoire, tant sur le plan symptomatique, systémique, que sur le plan familial. Les documents radiologiques mis à disposition par la patiente, à savoir une vieille IRM de 2012 et le CT lombaire de 2009, ne montrent aucun élément en faveur d'une spondylarthropathie. La patiente n'a par ailleurs, semble-t-il, jamais eu de syndrome inflammatoire biologique compatible avec une telle affection.

Dans ces conditions, je pense que l'on peut raisonnablement écarter une maladie inflammatoire de type spondylarthropathie comme étant responsable de la symptomatologie algique. L'origine des douleurs reste dès lors incertaine. La principale plainte me paraît être en relation [avec] la résection du coccyx, mais cette problématique n'entre pas dans le cadre de mon mandat. »

Le consilium psychiatrique, daté du 22 janvier 2016, du Dr B. _____ retient notamment ce qui suit :

« Mon rapport se base sur

- l'examen de l'expertisée le 12.03.2015,
- l'examen du dossier mis à disposition,
- le consilium rhumatologique du 28.11.2014 du Dr B.W. _____,
- la discussion consensuelle du 05.01.2016 avec le Dr V. _____,
- les résultats finaux de l'examen neurologique du 29.09.2014 de la Dresse P. _____, reçus le 21.01.2016.

[...]

Plaintes actuelles :

Spontanément Mme L. _____ se plaint de douleurs au niveau des fesses avec des irradiations au niveau du bassin. En parallèle à ses douleurs permanentes, elle souffre d'une grande fatigue « le matin, ça va encore jusqu'à 11h, mais après, j'ai une fatigue qui me tombe dessus et j'en peux plus ». Invitée à s'exprimer sur ses plaintes psychiques actuelles, elle nie de difficulté majeure et constate « dans la tête, j'ai beaucoup d'idées, mais le physique ne suit pas ». Obligée de renoncer à beaucoup d'activités avec ses enfants et son mari souffrant de cette situation, elle essaie de l'accepter, sans abaissement manifeste de l'humeur.

Anamnèse orientée :

Mme L. _____ peut suivre une conversation ou une émission de télévision. Elle constate « parler avec les autres, ça me fait du bien, j'ai un contact facile avec les gens et j'ai toujours le sourire ». Elle s'intéresse aux documentaires et aux informations qu'elle suit sur des chaînes françaises et portugaises. Elle regarde volontiers sa série préférée « [...] » ainsi que des émissions avec ses enfants. Ne s'étant jamais beaucoup intéressée à la lecture, elle lit des journaux comme le [...] et [...]. Elle souffre de difficultés de concentration par

périodes en fonction de ses douleurs entraînant également une diminution de l'attention avec des oublis fréquents que Mme L._____ explique par ses nombreuses anesthésies. Elle nie d'autre problème de mémoire. Elle a beaucoup moins d'énergie et décrit une fatigue physique qui s'installe à partir de 11h, tout en constatant « mais j'ai beaucoup d'énergie dans la tête, des idées etc... ».

Mme L._____ pense souvent à ses problèmes de santé et sa vie avant ses douleurs car elle ne supporte que difficilement de dépendre des autres, par exemple pour porter des charges lourdes. Elle nie des ruminations manifestes ou d'idée envahissante. Faisant abstraction d'une peur de tomber dans un escalier, elle nie tout élément d'angoisse. Il n'y a pas de sentiment permanent d'angoisse ou de nervosité ni d'attente craintive en faveur d'une anxiété généralisée. En l'absence de la survenue brutale d'un sentiment de panique avec une peur secondaire de mourir ou de perdre le contrôle, il n'y a pas d'attaque de panique. Mme L._____ nie tout évitement complet d'une situation phobogène en faveur d'une phobie particulière. Elle décrit des craintes concernant un cancer, tout en faisant confiance en ses médecins, sans élément en faveur d'une hypochondrie. Il n'y a pas d'éléments en faveur d'obsessions ou de compulsions.

[...]

Habitudes

[...]

Activités physiques : Mme L._____ fait volontiers des promenades avec son petit chien trois fois par jour pendant environ 20 minutes. Le weekend, elle se promène parfois pendant jusqu'à 30 minutes avec sa famille, tout en étant limitée par ses douleurs.

Autres : jusqu'à l'accident en 2009, Mme L._____ aime faire du vélo. Obligée de renoncer à toute activité sportive à cause de ses douleurs, elle fait volontiers des jeux de société avec ses enfants et regarde des films avec sa fille.

Médicaments :

Citalopram® 20 mg	1 cp par jour
Dafalgan® 1 gr	4 cp par jour et 1 cp en réserve
Irfen® 800 Retard	1 cp par jour et 1 cp en réserve
Ceraset®	1 cp par jour
Lyrica® 75 mg	2 cp par jour
Lyrica® 150 mg	1 cp par jour
MydocalmO 150 mg	3 cp par jour
Symfona Forte®	2 cp par jour
Pantoprazol® 40	1 cp par jour
Librax®	2 dragées par jour
Iberogast®	3 x 20 gouttes par jour
Vesicare® 10 mg	1 cp par jour
Ulcars® 10 mg	1 cp par jour.

Mme L._____ a arrêté le Réméron® et le Tryptizol® à cause d'effets secondaires.

Médecins actuels :

Pas de psychiatre ni de psychothérapeute.

[...]

Attente de l'expertisée vis à vis de la SUVA :

D'abord, elle constate « qu'ils prennent une décision ». Financièrement, elle ne peut pas se permettre d'arrêter le travail, tout en étant incapable de reprendre une activité professionnelle à

cause de ses douleurs et sa fatigue. C'est ainsi qu'elle attend une augmentation de sa rente ainsi que la proposition d'une activité compatible avec son handicap, tout en constatant « mais je me sens un peu trop handicapée ».

[...]

Vie sociale :

Mme L._____ habite un appartement de 3 pièces qu'elle partage avec son mari et ses deux enfants. Elle garde un petit chien dont elle s'occupe avec l'aide de sa fille. L'appartement se trouve au deuxième étage d'un immeuble avec ascenseur. La famille paie un foyer mensuel de Fr. 1'010.-. Mme L._____ reçoit Fr. 1'901.- pour une demi-rente de l'Al. Selon elle, elle ne reçoit cette rente que depuis décembre 2013 « à cause des complications entre les assurances ». Dans ce même contexte, elle attend toujours le versement d'une rente de son deuxième pilier. Depuis février 2015, elle reçoit encore des indemnités journalières de la SUVA, s'élevant à environ Fr. 1'300.- par mois. Le mari de Mme L._____ gagne environ Fr. 5'200.- avec son travail à 100%. Mme L._____ s'occupe des finances de la famille et fait les paiements par Internet. Elle nie de dette ou de poursuite.

Mme L._____ décrit une amitié proche avec sa soeur et une voisine ayant gardé sa fille comme maman de jour. Comme sa nièce vient volontiers jouer avec sa fille, Mme L._____ voit sa soeur régulièrement. Presque chaque jour, Mme L._____ rencontre son amie « pour discuter de tout et rire ». Elle garde encore un contact régulier avec une dizaine de couples d'amis qu'elle voit à l'occasion des invitations pour manger organisées à tour de rôle ou des pique-niques en été. Rarement, elle se rend au club portugais à [...] dont son mari est membre, par exemple à l'occasion du souper de fin d'année « mais je n'aime pas trop ».

Se sentant très proche de sa mère, elle lui parle au moins une fois par semaine au téléphone pendant une heure ou plus. Elle décrit un bon contact avec son père ainsi qu'avec son frère avec lequel elle échange régulièrement des messages.

Chaque année, Mme L._____ se rend au Portugal pour les vacances d'été. En juillet 2014, elle passe un dernier séjour au Portugal, alors qu'elle et ses enfants s'y rendent en avion pour passer six semaines dans la maison des parents de Mme L._____. Plus tard, son mari les rejoint et la famille passe ainsi des vacances ensemble jusqu'en août 2014. A cette occasion, ils rendent visite aux beaux-parents de Mme L._____ habitant à 130 km de ses parents. Comme chaque année, ce séjour lui fait beaucoup de bien et elle profite de ses vacances pour rencontrer les différents membres de sa famille et ses amis d'enfance, « ça fait du bien du fait de ne pas avoir le stress de tous les jours ».

Vie quotidienne :

Mme L._____ se lève vers 6h30, va aux toilettes, se lave et s'habille, avant de prendre un café et le petit déjeuner avec son mari à 6h45. A 7h15, elle réveille ses enfants et leur prépare le petit déjeuner. Elle aide sa fille à se préparer pour l'école, avant de rencontrer son amie l'attendant devant l'immeuble afin de se rendre à pied à l'école de sa fille. Puis Mme L._____ rentre avec son amie pour passer quelque temps à discuter autour d'un café, soit chez elle, soit dans l'appartement de son amie. Plus tard, elle s'occupe de sa correspondance et commence à choisir le repas de midi tout. Si elle souffre de coups de fatigue, elle se couche sur le canapé, sans

dormir, pendant environ 30 minutes «mais parfois, je m'endors un peu ».

A 12h, le repas est prêt et Mme L._____ mange avec ses enfants et son mari. Passant encore quelque temps en discutant avec sa famille, elle se couche sur le canapé pendant environ 30 minutes, lorsque son mari repart au travail « et des fois, je m'endors ». Puis elle débarrasse la table, nettoie la cuisine et fait la vaisselle, avant de sortir avec sa fille et son chien vers 13h30 pour accompagner sa fille à l'école. Quand elle rentre, elle se couche sur le canapé et dort souvent jusqu'à 15h, lorsqu'elle se lève pour chercher sa fille à l'école. De retour à la maison avec sa fille, elle l'aide avec ses devoirs et passer du temps avec elle, par exemple en faisant des jeux de société ou en regardant la télévision. Vers 18h, elle commence à préparer le repas du soir qui est pris en famille vers 19h. Après le repas, elle débarrasse la table et nettoie la cuisine, avant de passer le reste de la soirée en famille. Elle se couche vers 21h et regarde la télévision, avant de s'endormir vers 22h30 ou 23h. Mme L._____ assure les tâches ménagères avec l'aide de sa famille. Son fils passe l'aspirateur, tandis que Mme L._____ dépoussière. Mme L._____ fait la cuisine et la vaisselle, parfois avec l'aide de son fils qui aime cuisiner. Elle fait la lessive avec l'aide de son fils qui descend le linge à la cave. Elle fait le repassage, parfois avec l'aide de sa soeur. Mme L._____ fait les grandes courses avec son fils pour porter les charges lourdes. Elle fait seule des courses légères dans des supermarchés comme la [...] où elle se rend en voiture.

[...]

Permis de conduire :

Mme L._____ possède un permis de conduire pour voiture et dispose d'un véhicule qu'elle utilise régulièrement dans la région de Nyon pour faire les courses, se rendre chez son médecin ou accompagner ses enfants à différentes activités. Elle ne peut pas utiliser le bus à cause des vibrations aggravant ses douleurs et n'utilise que difficilement le train pour la même raison.

[...]

Antécédents psychiques personnels

A l'âge de 17 ans, Mme L._____ consulte pour la première fois un psychiatre à Nyon à cause d'un état dépressif en réaction à un conflit avec ses parents n'acceptant pas son compagnon à l'époque. Au cours du suivi, elle prend une médication psychotrope, avant d'arrêter ce traitement après deux ou trois consultations, grâce à la clarification de la situation avec ses parents. Depuis, Mme L._____ n'a plus consulté de psychiatre ou de psychothérapeute. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique.

[...]

Antécédents médicaux des enfants :

Les deux enfants de Mme L._____ sont en bonne santé.

IV Données objectives

Status psychique :

Mme L._____ se présente ponctuellement à son rendez-vous au cabinet où elle s'est rendue seule en train. Elle salue l'examineur avec un sourire et se déplace avec des mouvements prudents vers la salle d'examen où elle s'installe péniblement. Il s'agit d'une femme svelte, correctement habillée, soignée de sa personne avec de longs cheveux bien coiffés, portant des lunettes, un collier, des boucles d'oreilles, avec de longs ongles bien soignés, paraissant son âge, collaborante et orientée aux quatre modes. Le contact s'établit

facilement avec une expertisée qui donne volontiers des informations quant à sa situation. Mme L. _____ change de position à plusieurs reprises avec une expression algique et demande à se lever pour soulager ses douleurs après environ 30 minutes, sans comportement démonstratif. Après environ une heure d'entretien, elle demande à se coucher sur le canapé et enlève ses chaussures, tout en continuant à participer activement à l'entretien en restant tournée vers son interlocuteur. Après la fin de l'examen, elle se lève péniblement avec quelques raideurs dans les membres, avant de quitter la salle d'examen avec une démarche qui devient de plus en plus fluide. Je n'ai pas objectivé de foetor éthylique ni de tremblements.

Mme L. _____ reconstruit bien son anamnèse et donne des informations détaillées avec des dates exactes. Je n'ai pas objectivé de troubles importants de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur chez une expertisée qui interagit attentivement avec l'examinateur. Vers la fin d'un examen d'une durée de 150 minutes, elle maîtrise suffisamment bien quelques tests d'attention et de concentration. Pendant tout l'examen, je n'ai pas objectivé de signe important de fatigue ou de manque d'énergie.

L'humeur est euthymique à la base avec des baisses d'humeur face à l'évocation de ses douleurs, la procédure juridique après l'accident de sa fille en 2012 et l'inquiétude pour son fils subissant également un accident à cette même époque. L'humeur s'allège dès que des thèmes neutres ou positifs sont abordés, comme le contact avec ses amis et sa famille. Parlant par exemple du plaisir à passer des vacances au Portugal et de rencontrer ses amis ainsi que de son intérêt pour certaines émissions de télévision, elle se présente souriante à plusieurs reprises. Elle décrit des idées suicidaires lors d'une crise ponctuelle à l'âge de 17 ans dont elle prend une claire distance. Depuis, elle nie clairement toute idée noire ou suicidaire. Mme L. _____ ne présente pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure.

Sur le plan anxieux, Mme L. _____ ne présente pas d'angoisse persistante s'accompagnant de symptômes neurovégétatifs ou d'attente craintive en faveur d'une anxiété généralisée, ni d'attaque de panique en faveur d'un trouble panique, ni de phobie en faveur d'un trouble phobique. Elle ne présente pas d'agoraphobie, de phobie sociale, ni de claustrophobie.

Mme L. _____ parle couramment le français. Elle s'exprime avec un discours fluide, structuré et cohérent. Elle partage bien le focus d'attention pendant tout l'examen. Je n'ai pas objectivé de symptôme de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'une décompensation psychotique.

L'intelligence de Mme L. _____ lui permet de bien comprendre les enjeux de l'examen. Je n'ai pas objectivé de trouble de la personnalité morbide.

Examens complémentaires :

Résultat des analyses du 12.03.2015 :

CDT (HPLC) 0.6 % Référence : < 1.8

TSH 1.46 mU/L 0.40 — 4.00

Citalopram 211 nmol/L 154 — 339

Ibuprofène < 4.8 µmol/L 72.7 — 145.4

Paracétamol < 7.9 µmol/L 65 - 130

Prégabaline 4.4 mg/L 0.5 — 16.0

V Diagnostics

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- Aucun au plan psychique.

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail :

- Trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F45.41), existant depuis probablement 2012.

VI Synthèse et Discussion

[...]

Situation actuelle :

Mon examen clinique psychiatrique n'a pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble panique, ni de trouble phobique. En l'absence d'une perturbation sévère de l'environnement psychosocial qui est inchangé depuis de nombreuses années et marqué par des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical, je n'ai pas non plus objectivé de trouble de la personnalité morbide.

Malgré la persistance de douleurs hypothéquées par une suite d'échecs thérapeutiques, Mme L._____ nie un abaissement important de l'humeur et fait preuve de sa réactivité émotionnelle à des événements agréables, en exprimant d'une manière authentique son plaisir de rencontrer ses amis et sa famille. A l'examen, elle se présente souriante à plusieurs reprises, par exemple lorsqu'elle aborde son intérêt pour certaines émissions de télévision, ses vacances au Portugal et ses contacts sociaux lui permettant de surmonter des difficultés. Contrairement à sa plainte concernant une fatigue importante à partir de 11h, elle participe activement à un entretien d'une durée de 2h30, avant de maîtriser quelques tests cognitifs, sans signe d'une diminution importante de l'attention et de la concentration. Cette observation correspond à sa capacité à conduire régulièrement sa voiture et de faire face aux exigences de la vie quotidienne, en s'occupant par exemple des finances de la famille, tout en menant une vie sociale active. Donnant une description positive de sa personnalité, elle ne montre pas de diminution de l'estime de soi ou de la confiance en soi et nie d'idée importante de culpabilité ou de dévalorisation. Sans attitude morose et pessimiste face à l'avenir, elle décrit des projets positifs, comme des vacances et s'engage volontiers dans son rôle de mère. Depuis une crise ponctuelle à l'âge de 17 ans, elle nie clairement des idées ou actes auto-agressifs. Sans perturbation du sommeil indépendant des douleurs, ni de diminution de l'appétit ou de la libido, Mme L._____ ne souffre pas de symptômes suffisants pour retenir un épisode dépressif, selon la CIM-10.

En l'absence d'un trouble affectif, l'anamnèse de Mme L._____ est marquée par une accumulation de facteurs de stress psychosocial, après son accident en janvier 2009. Incapable de reprendre son travail à plein temps, elle décrit des difficultés financières, notamment depuis la perte de son travail par licenciement à cause d'un rendement insuffisant, qu'elle explique par les limitations dues à ses douleurs. Cependant le taux plasmatique du Dafalgan® contraste avec les déclarations de l'expertisée concernant la prise quotidienne d'une dose importante de cet antidouleur et laisse planer quelques doutes quant à la sévérité réelle de ses symptômes. Toutefois, les douleurs entraînent une souffrance importante, notamment après l'échec de plusieurs thérapies et la confrontation avec une procédure pénale en 2012, à cause d'un accident de sa fille, suivi par un accident de son fils quelques jours avant sa convocation au tribunal. Ainsi, l'évolution défavorable de la

symptomatologie douloureuse de Mme L. _____, ayant pour origine une fracture du coccyx, s'inscrit dans un stress psychologique qui ne joue pas un rôle causal au moment de l'installation des symptômes en 2009. Selon les spécialistes du domaine somatique, comme dernièrement le Dr B.W. _____, rhumatologue, et la Dresse P. _____, neurologue, les douleurs de Mme L. _____ ne peuvent pas être expliquées entièrement par un processus physiologique. Par conséquent, l'anamnèse et le tableau clinique actuel correspondent au diagnostic d'un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, comme défini par la CIM-10. Sans comorbidité psychiatrique, ce trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques ne s'accompagne pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie chez une expertisée qui garde des relations proches et stables avec sa famille et ses amis. Malgré une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, elle mène une vie autonome et assume son rôle de mère, tout en cherchant une solution pour ses problèmes sociaux, avec par exemple l'idée de reprendre une activité adaptée à ses douleurs. Ainsi, sa vie sociale et ses activités quotidiennes témoignent de ses ressources personnelles lui permettant d'affronter ses plaintes, par exemple concernant une fatigue, qui ne se manifeste pas de la même manière dans tous les domaines de la vie, comme décrit ci-dessus. En l'absence de traitement psychiatrique et psychothérapeutique après l'accident en janvier 2009, il n'y a pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art des aspects somatoformes de ses plaintes. Sans signe d'épuisement psychique, Mme L. _____ continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne et les taux sanguins des antidouleurs laissent planer des doutes quant à sa mise à contribution des options thérapeutiques ainsi que le poids effectif des souffrances.

En conséquence, le trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques de Mme L. _____ n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ainsi, l'effort à surmonter les symptômes non expliqués par un processus physiologique reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à 100 %, au plan psychique.

1. Parmi les atteintes à la santé que vous avez constatées, qu'elles sont celles qui, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, reposent sur un substrat organique ?

Sans objet au plan psychique.

Quelles constatations permettent-elles d'objectiver ce substrat ?

Sans objet au plan psychique.

Existe-t-il des indices d'une atteinte psychique ?

L'évolution défavorable des douleurs, ayant pour origine une fracture du coccyx, dans un contexte de stress psychosocial, avec la survenue de symptômes non expliqués entièrement par un processus physiologique, correspond à un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques.

2. Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé de l'assurée ? Si oui, lesquels ? Sur le plan organique ? Sur le plan psychique ?

Un traitement psychothérapeutique peut soutenir Mme L. _____ face à sa situation de stress psychosocial avec comme conséquence une amélioration potentielle de ses symptômes somatoformes.

1. Au regard des seules séquelles accidentelles qui ont un substrat organique, de quelle manière et dans quelle mesure la capacité de travail en termes de rendement, est-elle limitée dans la profession habituelle d'assemblage et de contrôle de pièces électroniques ? Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?

Sans objet au plan psychique.

Existe-t-il, cas échéant en sus d'une baisse de rendement, une limitation horaire ?

Sans objet au plan psychique.

2. Uniquement si l'état de santé de l'assurée était stabilisé et au regard des seules séquelles accidentelles qui ont un substrat organique, y a-t-il une atteinte à l'intégrité physique durable ? Si oui, à quel degré ? Prière de motiver votre appréciation en référence à l'annexe 3 (art 36 al.2) OLAA et aux « tables concernant les atteintes à l'intégrité selon fa LAA » de la SUVA ?

Sans objet au plan psychique. »

Dans un avis SMR du 22 février 2016, le Dr Q. _____ a constaté ce qui suit :

« Assurée de 42 ans, originaire du Portugal, mariée. L'assurée est 100% active et au bénéfice d'une demi-rente depuis le 01.01.2010. Il s'agit d'une révision sur demande du 27.12.2013. Nous avons admis l'aggravation à compter du 16.09.2013 suivant l'avis du Dr A.W. _____ d'avril 2014 due à des difficultés de réglage de ses neurostimulateurs antidouleur. Selon la réponse du Dr A.W. _____ du 17.12. 2015, l'assurée aurait retrouvé une CT de 50% et la situation est inchangée avec une IT [réd. : incapacité de travail] de 50% confirmée. Les conditions qui prévalaient avant l'aggravation sont donc retrouvées. Merci de bien vouloir confirmer la date de reprise à 50% auprès de l'employeur ou de l'assurée. Il s'agira donc d'une aggravation limitée dans le temps depuis le 16.09.2013. »

Par courrier du 7 juillet 2016, la CNA a informé l'assurée que sa situation médicale étant considérée comme stabilisée, elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 31 août 2016. Elle a indiqué qu'elle examinait si l'assurée avait droit à d'autres prestations de l'assurance-accidents.

Par décision du 1^{er} septembre 2016, la CNA a fixé la rente d'invalidité de l'assurée à 10 % (soit 402 fr. 50 par mois). Elle s'est fondée sur un gain annuel assuré de 60'309 fr. et une incapacité de gain de 10 %.

Elle a motivé sa décision par le fait qu'il ressortait de ses investigations que l'assurée était à même, en ce qui concerne les seules suites de l'accident, d'exercer une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, à la condition qu'elle puisse travailler en position alternée assise/debout. Une telle activité était exigible durant toute la journée et lui permettrait de réaliser un gain annuel de 55'380 francs. Comparé au gain de 61'828 fr. réalisable avant l'accident, il en résultait une perte de 10,42 %, ce qui ouvrait le droit à une rente de 10 % dès le 1^{er} septembre 2016. La CNA a par ailleurs nié le droit de l'assurée à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) en considérant que les suites de l'accident ne constituaient pas une atteinte importante à son intégrité.

Par décision sur opposition du 11 mai 2017, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 1^{er} septembre 2016. Ses motifs sont notamment les suivants :

« En l'espèce, c'est en toute connaissance de cause, sur la base d'un dossier complet, que les experts mandatés sur les plans neurologique, rhumatologique et psychique ont rendu leur rapport d'expertise interdisciplinaire les 22 et 26 janvier 2016. Ce rapport est déclaré faire partie intégrante de la présente décision. Il ressort de cette expertise tout d'abord qu'il n'a pas été documenté de troubles neurologiques objectivables par le Prof. V. _____, médecin adjoint auprès du Service de neurologie du M. _____ et la Dre P. _____, cheffe de clinique adjoint auprès du même service. Il a été relevé en particulier un examen neurologique normal, et particulièrement sans signes déficitaires aux fesses ou au périnée. Selon le Dr B.W. _____, Médecin Chef, Service de rhumatologie à l'Hôpital orthopédique, il n'y a pas de maladie rhumatismale chez Madame L. _____, en particulier une spondylarthrite a été exclue. Cet expert a clairement déclaré que l'anamnèse est tout sauf évocatrice d'une maladie rhumatismale inflammatoire et que les documents radiologiques mis à disposition par la patiente, à savoir une vieille IRM de 2012 et le CT-lombaire de 2009, ne montrent aucun élément en faveur d'une spondylarthropathie, que la patiente n'a par ailleurs, semble-t-il, jamais eu de syndrome inflammatoire biologique compatible avec une telle affection. Il ressort enfin du consilium psychiatrique du Dr B. _____ qu'il a été admis un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques (F 45.41), sans répercussion sur la capacité de travail, en particulier, qui n'atteint pas le degré de sévérité pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ce spécialiste a relevé l'absence de traitement psychiatrique ou suivi psychothérapeutique. Il a aussi relevé que le taux plasmatique de Dafalgan contraste avec les déclarations de l'expertisée concernant la prise quotidienne d'une dose importante de cet antidouleur et laisse planer quelques doutes quant à la sévérité réelle de ces symptômes. Au vu des conclusions

précitées dans les diverses spécialités, il a été finalement affirmé que Madame L._____ peut exercer une pleine capacité de travail dans des activités ciblées où l'assurée pourrait changer régulièrement de position.

L'on ne voit pas de motifs de s'écarter de l'avis des experts.

L'assurée avait proposé de compléter son opposition par la production d'un rapport du Dr A.W._____. Nouvellement, il semble qu'elle ait renoncé à la production de ce rapport, puisqu'elle propose la production d'un nouveau rapport par le Professeur X._____. La Suva n'entend pas faire droit à cette requête en présence d'un dossier qu'elle est en droit d'estimer complet.

Il n'y a pas d'éléments médicaux déterminants qui permettent de douter du bien-fondé des constatations cliniques et conclusions circonstanciées des experts, indépendants de la Suva. Il convient de reconnaître entière valeur probante à l'expertise interdisciplinaire diligentée par le M._____. De plus amples éclaircissements ne s'imposent pas.

L'on relèvera encore, par souci d'exhaustivité, que comme l'expert psychiatrique a nié une incapacité de travail sur le plan psychiatrique (qu'au demeurant il faut le rappeler l'assurée conteste l'existence de troubles psychiatriques), il n'y a/aurait pas lieu d'examiner la question de la relation de causalité adéquate avec ces (éventuels) troubles et le sinistre assuré. Tout de même, l'on préfère déclarer à ce stade que de toute manière, en l'espèce, au vu de la jurisprudence (ATF 115 V 133), en présence d'un accident objectivement de gravité moyenne à la limite avec ceux de peu de gravité tout au plus, il faudrait de toute manière nier un lien de causalité adéquate en l'occurrence.

b.

Sur la base de l'expertise, en présence d'un status stabilisé sur le plan médical en ce sens qu'il n'y a plus lieu d'admettre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé, la Suva est en droit de considérer exigible de Madame L._____ l'exercice en plein d'une activité légère dans différents secteurs de l'industrie, en position alternée assise/debout, au plus tard dès le 1^{er} septembre 2016 (départ du droit à la rente).

[...]

Il ressort du rapport d'expertise en cause que les experts mandatés ont nié une atteinte à l'intégrité importante, respectivement qui atteigne le seuil d'indemnisation prévue par la loi, que ce soit sur les plans neurologique, rhumatologique ou encore psychique. Les experts se sont fondés sur un dossier suffisamment complet. Il n'y a pas lieu de mettre en oeuvre des mesures d'éclaircissement complémentaires sur ce plan. »

Il ressort d'un rapport du 12 juin 2017 de la Prof. D._____ ce
qui suit :

« Diagnostics - Antécédents - Interventions : Diagnostic principal incontinence mixte et syndrome pelvien douloureux dans un contexte de status post fracture du coccyx en janvier 2009 avec, à l'examen urodynamique vessie normosensitive, hypercapacitive, normocompliante, stable contractilité détrusorienne non évaluable dans les conditions d'examen relaxation du plancher pelvien non évaluable dans les conditions d'examen

- incontinence urinaire mixte à prédominance d'effort
- Diagnostics secondaires et comorbidités
- Douleurs sacrées périnéales dans un contexte de status post fracture du coccyx (04.01.2009), avec :
 - Status post ablation du coccyx en juin 2009
 - Status post libération du nerf honteux droit en 2012
 - Status post échec de neuro-modulation sacrée en 2013
 - Status post appendicectomie en 1984
 - L'incontinence urinaire qui serait apparue après la neurolyse du nerf pudendal en 2013, peut s'expliquer en partie par l'insuffisance du sphincter urétral qui n'était toutefois pas mise en évidence à la profilométrie urétrale de 2014, mais également par une urétrocystocèle de grade I. L'ablation du coccyx reste également une étiologie probable dans cette incontinence d'effort, le muscle pubococcygien y ayant son insertion. Le traitement par tampons vaginaux est donc à poursuivre chez cette patiente souhaitant éviter une nouvelle intervention par crainte d'augmenter les douleurs pelviennes. »

Dans un avis du 17 août 2017, le SMR indiquait notamment ce qui suit sic) :

« Jeune assurée de 43 ans, mariée et mère de deux enfants. Elle travaillait comme ouvrière. Elle a une demi-rente (50%) depuis janvier 2010 suite à un accident avec fracture du coccyx en 2009. Il s'agit d'une révision pour aggravation. Le traumatisme du coccyx en janvier 2009 a fait l'objet de plusieurs interventions chirurgicales et finalement une coccygectomie de dénervation en 2013 (neurolyse du nerf pudendal). Au départ une CT de 50% avait été reconnue exigible depuis janvier 2011 mais du fait de l'exacerbation des douleurs, avec des difficultés de réglage du neurostimulateur, une aggravation avait été admise avec une CT nulle depuis la dernière intervention du 16 septembre 2013. Selon le chirurgien (Dr A.W. _____ du 02.07.2015) elle aurait ensuite dû récupérer une CT de 50% dans son AH [réd. : activité habituelle] en juillet 2015. Dans les faits l'assurée n'a jamais pu reprendre son travail depuis l'intervention de 2013. Un bilan en urologie a été fait au M. _____ en juin 2017, qui confirme le syndrome douloureux pelvien avec un urétrocystocèle de grade 1 et une incontinence urinaire mixte, qui est incapacitante dans la vie quotidienne (RM [réd. : rédacteur : rapport médical] M. _____ du 12.06.2017). Ces atteintes sont vraisemblablement liées à l'intervention sur le coccyx et la dénervation de 2013 selon l'urologue. Le médecin traitant estime elle que la CT exigible est nulle en toute activité depuis septembre 2013 (Dr K. _____ du 03.04.2017) et demande qu'un autre avis soit pris. Devant ce contexte d'une incapacité totale qui dure chez une femme encore jeune et devant l'échec des traitements entrepris, nous souhaitons une **expertise de médecine interne** qui devra statuer sur l'exigibilité éventuelle et les possibilités de prise en charge. L'expert est tout à fait habilité dans ce cadre à demander l'avis complémentaire d'un neurochirurgien s'il l'estime nécessaire. »

Dans un rapport du 5 septembre 2017, le Prof. X. _____ indiquait notamment ce qui suit (sic) :

« A l'examen clinique, on va noter un hiatus périnéal relativement large, avec une atonie des muscles releveurs de l'anus plus marqué à droite qu'à gauche, ainsi qu'une douleur au niveau des insertions des muscles du plancher pelvien et de la zone du ligament anococcygien. **Très probablement,** cette symptomatologie douloureuse est passée à une forme chronique, une forme de l'expression de mémoire de la douleur, pour laquelle il est très difficile d'avoir des preuves neurologiques objectives. Si l'on se réfère aux dires de la patiente et à l'examen clinique, la capacité de travail en lien avec l'atteinte algique est pratiquement nulle, puisqu'il faudrait pouvoir trouver une activité professionnelle où la patiente soit dans la position debout temporaire, sans faire d'effort et sans soulever de poids. Hormis les médications qu'elle prend, je ne vois pas de geste chirurgical ou autre infiltration pouvant améliorer son état de santé. Un concilium dans un centre universitaire spécialisé de la douleur pourrait être intéressant, afin de mieux adapter la thérapie médicale. »

Faisant suite à la demande de révision de l'assurée qui faisait valoir une péjoration de son état de santé, l'OAI a mandaté R. _____ aux fins de réaliser une expertise neurologique afin de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée, avec l'accord de celle-ci (cf. courrier de son conseil du 16 novembre 2017). Les Drs N. _____, spécialiste en médecine interne générale, et G. _____, spécialiste en neurologie, ont déposé leur rapport d'expertise le 23 mars 2018. Consensuellement, les experts n'ont retenu aucun diagnostic avec effet sur la capacité de travail, mais ont retenu les diagnostics d'asthénie d'origine iatrogène par prise d'antalgique de type II (Lyrica® 300 mg), de status après fracture du coccyx en 2009, de status après exérèse chirurgicale du coccyx en 2010 et de status après révision du canal honteux interne droit entraînant comme limitations l'impossibilité pour la recourante de monter sur des échelles et des échafaudages ou de conduire des machines ainsi que de demeurer en position assise plus d'une heure. Sur le plan neurologique, l'expert a constaté une absence de déficit moteur sensitif et du fonctionnement de l'équilibre ainsi que de la coordination ce qui l'a amené à conclure qu'il n'y avait pas d'argument pour une limitation de la capacité de travail dans l'activité antérieure d'opératrice de production. Le spécialiste en neurologie a encore relevé qu'il n'y avait pas de différence entre l'expertise neurologique de 2016 et l'examen actuel. Du point de

vue interdisciplinaire, le déficit a été qualifié de faible, les experts relevant que si dans le comportement de l'assurée il n'a été relevé au cours de l'anamnèse et de l'examen clinique aucun argument en faveur d'une exagération, une autolimitation existe quant aux limitations positionnelles (assise, debout et couchée) de son syndrome douloureux chronique du sacrum. Les experts ont fixé la capacité de travail de l'assurée à 100 % au jour de l'expertise.

Sous le titre « Synthèse : observations et conclusions médicales interdisciplinaire », les experts ont notamment relevé ce qui suit :

« Du point de vue de la médecine interne, la personne assurée a été victime d'une chute le 04.01.2009, responsable d'une fracture et d'une subluxation du coccyx, traitées par coccygectomie, compliquée d'une pudendalgie bilatérale avec adhésiolyse du nerf honteux à droite. La personne assurée bénéficie de 2 neurostimulateurs implantés au niveau sacral. Elle éprouve des difficultés à maintenir une station debout prolongée ainsi qu'une station assise. Sa meilleure position est la position couchée. L'examen clinique en médecine interne ne retrouve pas de déficit. L'asthénie n'est objectivable par aucun substrat organique et peut être rattachée à la prise d'antalgique de type II (Lyrica 300 mg par jour). Du point de vue neurologique, suite à un accident mineur probablement responsable d'une fracture de la partie distale du coccyx, la personne assurée a vu la situation s'aggraver au fur et à mesure des interventions médicales. Chaque épisode de traitement, qu'il soit médical (infiltration, etc.) ou chirurgical (ablation du coccyx, révision du canal honteux interne), a entraîné une augmentation des douleurs et concomitamment une diminution de la capacité de travail, aussi bien au niveau professionnel qu'au niveau ménager selon la personne assurée. Dans ce contexte, toute la famille est devenue le soutien de la personne assurée qui n'a quasiment plus aucune activité (professionnelle, ménagère ou de loisir). Ceci est semble-il le cas toute l'année, y compris le week-end ou durant les vacances et semble impliquer un bénéfice secondaire des souffrances alléguées. Sur le plan neurologique, au vu de l'absence de déficit moteur sensitif et du fonctionnement de l'équilibre ainsi que de la coordination, il n'y a pas d'argument pour une limitation de la capacité de travail dans l'activité antérieure d'opératrice de production. Du point de vue interdisciplinaire, le déficit est faible. »

Dans un rapport du 20 octobre 2017, la Dre K. _____ relevait notamment ce qui suit (sic) :

« Mme L. _____ a donc subi une fracture coccygienne dans une chute dans des escaliers au Portugal le 4.1.2009. Il s'est avéré que cette fracture s'est compliquée d'une instabilité et d'une pseudarthrose. Au vu des douleurs persistantes en avril 2009, je l'avais adressée au Dr. H. _____ chirurgien orthopédiste qui l'a adressée à son tour au Dr. A.W. _____. Vu l'incapacité de la patiente de s'asseoir et des douleurs importantes (la patiente travaillait à l'époque à 90% comme ouvrière en position assise, travail qu'elle aimait beaucoup, également pour l'ambiance et elle a surmonté ses douleurs un certain temps avec beaucoup de courage, restée finalement 18 ans dans l'entreprise), il a été décidé d'une exérèse de la partie distale du coccyx (6 cm). Par la suite les impossibilités fonctionnelles et douleurs persistantes ont amené à des infiltrations locales et épidurales multiples puis à une neurolyse du nerf honteux à droite. Dans les suites, il y a eu une aggravation des douleurs, toujours cette impossibilité de s'asseoir correctement et la Suva est intervenue à son travail pour essayer de trouver une solution de siège adapté, qui n'ont finalement pas résolu le problème. La patiente a en outre développé des douleurs complexes vaginales rendant sa vie sexuelle compliquée et douloureuse, ainsi qu'une incontinence urinaire neurologique (cf. les rapports suivis de neuro-urodynamique). La dyspareunie survient même au moment de l'excitation. Cela a affecté un temps la vie conjugale. La consultation de la douleur de [...] a alors proposé (Prof C. _____) une neurostimulation et la patiente a été implantée de manière définitive avec 2 implants (bien palpables au haut des fesses ddc [réd. : des deux côtés]) dont un (G [réd. : gauche]) a dû être déplacé ultérieurement car trop proéminent sous la peau. L'idée était de pouvoir diminuer les médicaments mais malheureusement cela a échoué. Bien entendu la patiente a été sous médicaments antalgiques depuis le début, incluant des antalgiques, AINS [réd. : antiinflammatoires non stéroïdiens] pas toujours bien supportés sur le plan gastrique, du Lyrica à doses croissantes, l'adjonction de SSRI [réd. : antidépresseurs inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine] (que l'assurance-accident ne veut plus payer). Elle a fait plusieurs fois de la physiothérapie, en piscine et à sec, j'ai parfois utilisé des techniques de médecine manuelle surtout pour traiter des décompensations lombaires consécutives au positionnement asymétrique de la patiente lorsqu'elle est assise. Elle a essayé des thérapies recommandées par les médecins qui la suivent, y compris acupuncture qu'elle a payé elle-même, l'assurance accident n'étant pas entrée en matière. Elle a également fait de la physiothérapie vaginale et périnéale avec du massage transverse très douloureux et qui n'a pas soulagé finalement la patiente. Elle a aussi fait des massages thérapeutiques et de l'ostéopathie. Actuellement elle va à [...] 1 fois/mois pour des bains qu'elle trouve relaxants sur le moment. Le dernier rapport, celui du Prof X. _____, proposait de l'hypnose. Nous en avons déjà discuté avec la patiente puisque je pratique l'hypnose médicale et connais d'autres spécialistes qui proposent cette thérapie, mais là encore je doute que l'assurance accident entre en matière puisque mes entretiens prolongés généralement mensuels avec la patiente qui permettent d'aborder les différents aspects du suivi de ses douleurs et de fortes limitations dans sa vie quotidienne ne sont plus honorés non plus. Je peux en tout cas témoigner que la patiente a beaucoup mis d'elle-même pour suivre ses différents traitements. Le suivi conjoint par un psychiatre avait été évoqué, mais la patiente n'en voyait pas l'utilité.

Elle n'a pas non plus présenté les critères d'une dépression. Elle ne présente pas de dépendance ni de consommation problématique d'alcool. Elle ne nie pas le stress engendré par sa situation et l'expertise en cours, s'inquiétant "normalement" pour son avenir. Pour information, en plus de mon titres de méd-int. FMH, je suis porteuse du titre AFC de médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP, avec en complément une formation à la TCC (membre ordinaire de l'ASPCo) et d'hypnose (membre de l'IRHyS). Je suis aussi porteuse du titre AFC de médecine manuelle (SAMM). Sur le plan de l'organisation de sa vie quotidienne, Mme L. _____ s'occupe de ses enfants, sa fille de 11 ans maintenant et son fils actuellement au gymnase en dernière année. Elle est mariée, son mari travaille à plein temps. Elle fait de petites activités ménagères chez elle, doit limiter par exemple le repassage à 20 minutes. Elle ne peut porter les commissions et se fait aider par son fils et son mari pour les achats plus lourds. Elle les accompagne pour choisir les achats. L'après-midi elle se repose en position couchée plus supportable, Le soir, elle est également plus confortable en position étendue sur un divan pour regarder la TV. Lorsqu'elle vient consulter au cabinet, elle attend généralement debout et lorsqu'elle est assise en consultation, elle bouge souvent pour trouver une position plus acceptable. Quand je lui fais remarquer qu'elle bouge tout le temps, elle me dit qu'elle ne s'en rend plus compte. Elle ne supporte pas les longs trajets en voiture et s'arrange dans ce cas-là pour être passagère à l'arrière où elle est à moitié étendue. Elle ne supporte pas les vibrations et freinages/accélérations des transports publics. Elle arrive mieux à trouver une position par ex dans un train où il y a moins d'acoups intempestifs. Pour stimuler sa marche, elle promène son petit chien en général 1/2h/jour, et 1x/semaine en général, elle fait une promenade d'une heure avec sa famille, avec des arrêts. Quant aux possibilités de travail dont nous avons très souvent discuté, nous n'avons pas identifié jusqu'à ce jour une activité qui soit compatible avec ses recherches de position antalgique et sa fatigue (également médicamenteuse), sans compter ses restrictions de lever des charges et sa difficulté dans les transports. En plus elle est facilement hypotendue et a déjà eu des sentiments de vertiges en position debout un peu plus prolongée. Elle se plaint souvent de trouble de concentration voire de mémoire, effets secondaires fréquents des médicaments qu'elle prend. Comme diagnostic, j'ai retenu une fracture déplacée du coccyx, compliquée d'une pseudarthrose avec des interventions chirurgicales successives. Dans les suites, douleurs complexes neurogènes, incontinence urinaire et dyspareunie. Diagnostic sans impact sur l'incapacité de travail : Hépatite B inactive calme. L'arrêt de travail définitif a eu lieu après les opérations de 2013, les douleurs étant devenues insupportables pour permettre une activité nécessitant de la concentration et de la dextérité et la fatigue liée aux médicaments trop importante. Dans l'état actuel je doute que la patiente puisse trouver une activité lucrative compatible avec ses limitations et son traitement. »

Dans un avis du 9 mai 2018, le SMR relevait notamment ce qui suit (sic) :

« Jeune assurée de 44 ans, mariée et mère de deux enfants. Elle travaillait comme ouvrière de production chez I. _____ jusqu'en 2009. Elle est au bénéfice d'une demi-rente (50%) depuis 2010 suite à un accident ayant entraîné une fracture du coccyx en 2009 avec atteinte du nerf pudental. Il s'agit d'une révision pour aggravation. L'assurée a demandé une révision pour aggravation estimant comme son médecin traitant qu'aucune activité professionnelle n'est plus possible pour elle depuis son accident du fait des douleurs. Etant donné son âge et le fait que les données médicales objectives motivant une CT nulle en toute activité ne sont pas fournies dans le dossier, une expertise de médecine interne et de neurologie a été demandée par le SMR et réalisée par le R. _____ (Dresse N. _____ et Dr G. _____) en octobre 2017 et en janvier 2018 (neurologie). A l'issue d'une étude complète du dossier fourni, une anamnèse soigneuse prenant en considération les plaintes de l'expertisée et un examen pour chacun des deux spécialistes le consensus des experts retient une pleine capacité de travail, y compris dans la dernière activité habituelle d'opératrice de production. **La plainte principale exprimée est en fait l'asthénie permanente qui impose des périodes de sieste régulières. Les experts notent que l'asthénie est très probablement liée au traitement antalgique pris (de palier II, posologie élevée à 300mg de Lyrica par jour) et qu'il existe manifestement une autolimitation de la personne assurée.** L'assurée conduit seule et peut se rendre en vacances au Portugal (deux heures d'avion). **Les seules limitations fonctionnelles objectives à l'examen sont la station assise permanente de plus d'une heure (limitation orthopédique), la montée sur des échelles ou équivalents ou la conduite de machines (limitations liées à la prise de médicament antalgique).** Pour le reste les experts concluent à des autolimitations et notent que l'assurée tire des bénéfices secondaires de sa situation pour laquelle elle obtient le soutien de toute la famille. Il existe des différences d'anamnèse liées aux réponses parfois subjectives de l'assurée aux différents experts. Pour la médecine interne le déficit objectif est jugée faible, l'examen ne montrant qu'un syndrome douloureux subjectif. Au plan neurologique, le status montre l'absence de déficit moteur et sensitif, sans limitation neurologique dans l'activité habituelle, ce qui confirme l'expertise neurologique de 2016. **Il n'y a pas d'indices en faveur d'une fibromyalgie. Sur le plan interdisciplinaire la capacité de travail reste de 100%.** Devant une expertise bien conduite et motivée il n'y a pas de raison objective pour s'écarter des conclusions des experts, d'autant plus que celles-ci rejoignent totalement celles des experts en 2016 (médecine interne, neurologie et psychiatrie). Nous admettons donc **une CT entière dans toute activité adaptée, ce qui inclut l'activité habituelle d'opératrice,** sous réserve de la possibilité d'alternance des positions chaque heure assise. »

Se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire précité, l'OAI a, par projet de décision du 28 juin 2018, supprimé la demi-rente d'invalidité allouée depuis le 1^{er} mai 2011 à la recourante.

Le 4 septembre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 26 juin 2018 supprimant sa demi-rente en faisant valoir que le rapport d'expertise R._____ contenait des contradictions et des erreurs. Elle alléguait être incapable de travailler à 100 % en raison des douleurs et que les médicaments l'empêchaient de rester éveillée et de se concentrer. Elle indiquait que « face à des experts et des médecins incapables de déceler l'origine de ses souffrances » elle avait récemment été examinée par le Prof S._____, chirurgien orthopédiste « réputé mondialement », lequel serait parvenu à trouver l'origine de ses souffrances et lui aurait proposé une opération qui devrait avoir lieu au mois d'octobre suivant. Elle sollicitait également la mise en œuvre d'une nouvelle expertise à confier à un spécialiste en pharmacologie et en addictologie.

Selon le rapport de la Dre A._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, du 12 octobre 2018, « les douleurs chroniques et invalidantes de Madame L._____ sont en premier lieu à l'origine de l'état dépressif et de l'épuisement physique et psychique ». Ces douleurs sont apparues après son opération d'ablation du coccyx en septembre 2009. Ceci est, de l'avis du médecin traitant, facilement objectivable : « il suffit d'anesthésier le site où se trouvent les remaniements des nerfs coupés durant l'ablation du coccyx. » Elle estime que l'assurée est en incapacité totale de travail, sa patiente étant incapable de rester assise « plus de 20 - 30 min (la durée dépend du type de la siége), car ses douleurs, qui sont permanentes indépendamment de la position, s'aggravent de façon importante en position assise. » Relevant que les spécialistes ne proposent pas de traitement efficace pour faire disparaître les douleurs et que les antalgiques ont été inefficaces, la Dre A._____, qui reçoit l'assurée à sa consultation une fois par mois, indique proposer à sa patiente des traitements psychothérapeutiques qui semblent la soutenir, en relevant qu'un état douloureux chronique est très « dur à vivre ». Enfin, elle indique que, dernièrement, le Prof X._____ a proposé à l'assurée de l'adresser à un centre de la douleur et à un psychiatre, car lui-même ne peut proposer de prise en charge et qu'un

« spécialiste de la douleur » au Portugal propose une prise en charge par radiofréquence, ce qui donne un peu d'espoir à sa patiente.

Le 7 décembre 2018, l'assurée a produit le rapport médical établi par le Prof S. _____ le 22 octobre précédent, accompagné d'une traduction en français. Elle fait valoir que, selon ce spécialiste, elle souffre de douleurs neuropathique chroniques, incapacitante et invalidantes, que l'origine de ses douleurs provient donc d'une lésion de son système nerveux et qu'il s'agit d'une atteinte organique et non pas fonctionnelle. Elle indique avoir eu une séance de radiofréquences le 29 octobre 2018 dans la région sacro-coccygienne et coccygienne, qui a été très douloureuse et n'a pas amené les résultats escomptés, étant précisé qu'il faut attendre en général environ trois mois avant que les douleurs diminuent. Si dites douleurs devaient perdurer, le Dr S. _____ a proposé à l'assurée une intervention chirurgicale pour l'année suivante.

Le rapport du Prof S. _____, directeur de l'institut de chirurgie reconstructrice de [...], dans sa version française, a la teneur suivante :

« Mame L. _____ a été observée pour la première fois en consultation le 24 juillet 2018 avec un état de douleur neuropathique chronique, incapacitante et invalidante, faisant référence à cinq interventions chirurgicales antérieures pour le traitement de séquelles de l'exérèse du coccyx après une fracture de cette structure.

Face à des affections douloureuses, résistantes aux médicaments qu'elle prend régulièrement (habituel pour la douleur neuropathique) et à l'application d'une stimulation électrique (elle possède deux stimulateurs électriques appliqués aux racines nerveuses sacrées), il est nécessaire d'intervenir de manière élective pour soulager les douleurs.

Il convient de noter qu'il existe des troubles de défécation, des douleurs périnéales du mouvement pelvien, des douleurs vaginales, des troubles urinaires et parfois des douleurs irradiantes vers le bassin et la racine des cuisses.

De cette façon, un protocole thérapeutique, chirurgical et médicamenteux est initié, en commençant par une phase de neurotomie avec radiofréquence aux points spécifiques sacro-coccygien et par-coccygien. »

Le Dr Q. _____ a proposé, dans un avis SMR du 14 janvier 2019, que l'assurée soit vue par un spécialiste d'un Centre de la douleur de son choix afin qu'il vérifie l'hypothèse avancée par la Dre A. _____ et

qu'il se prononce sur la pertinence du traitement par Lyrica® à forte posologie. Le 25 mars 2019, l'OAI a requis du Dr E._____, spécialiste en anesthésiologie SSAR, en traitement interventionnel de la douleur SSIPM, spécialiste de la douleur SSED ainsi qu'en hypnose médicale, qu'il lui envoie son rapport médical après la consultation du 4 avril 2019, qu'il le renseigne en sus sur la pertinence du traitement actuel (Lyrica® à forte posologie), qu'il évalue les conséquences de ce traitement sur la capacité de travail liée aux effets secondaires (asthénie) et qu'il donne son avis sur les éventuels effets bénéfiques du traitement débuté au Portugal.

Le 12 avril 2019, la recourante a produit le rapport médical établi par le Dr E._____ à l'adresse de Me Duc le 5 avril 2019, qui, répondant aux questions du conseil de la recourante, a la teneur suivante :

« Cher Maître,

Je vous remercie pour votre courrier que j'ai bien reçu et en vertu de la procuration signée par Mme L._____ me déliant de mon secret professionnel, voici comment je peux répondre à vos questions :

1) Diagnostic :

Douleurs sacrées et périnéales status après fracture du coccyx et coccygectomie chirurgicale.

2) Est-ce que les troubles dont souffre Mme L._____ sont objectivables :

Mme L._____ présente des douleurs qui font suite à sa chute en 2009 avec une fracture du coccyx qui ne se sont pas améliorées avec différents traitements, notamment une chirurgie d'exérèse du coccyx. L'examen clinique permet de reproduire la symptomatologie douloureuse de manière nette. En ce sens, on peut considérer que les troubles sont objectivables.

3) Pouvez-vous confirmer l'existence d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de Mme L._____ et/ou dans une autre activité ?

Mme L._____ présente des facteurs aggravant sa symptomatologie, notamment la position assise, les activités en porte-à-faux en rotation du tronc et les ports de charge. Au vu de ce qui précède, je considère son incapacité comme étant totale dans l'activité d'opératrice en production. Dans une autre activité, pour autant qu'elle existe, qui tient compte de ses limitations fonctionnelles, on pourrait considérer qu'un travail lui permettant de rester debout, évitant les porte-à-faux du tronc, les rotations du front et les ports de charge, pourrait être considéré. Je me pose néanmoins la question à quel type d'activité cela pourrait correspondre.

4) Est-ce que le fait d'avoir enlevé le coccyx est la cause de ses douleurs ?

Il est important de noter que la symptomatologie douloureuse préexistait à l'intervention chirurgicale et que c'est la

persistance de ces douleurs, ainsi que, semble-t-il, un défaut de consolidation de la fracture qui a motivé la chirurgie. Cette dernière n'a toutefois pas amélioré les symptômes douloureux et ils se sont même aggravés avec le temps. Donc la chirurgie n'est pas à elle seule la cause des symptômes douloureux de Mme L._____.

5) Le fait d'avoir enlevé le coccyx de Mme L._____ constitue-t-il une violation des règles de l'art

Non.

6) Quels sont les traitements envisageables pour améliorer l'état de santé de Mme L._____ ?

Mme L._____ a déjà bénéficié d'une prise en charge large, multidisciplinaire et multimodale. De la 1^{ère} consultation, j'ai pu ressortir que certains médicaments, notamment dans le but de traiter les douleurs neuropathiques n'ont pas encore été tentés. L'optimisation du traitement de neuromodulation est également une piste qui sera explorée.

7) Quel est votre pronostic ?

Après une consultation, je ne peux pas me prononcer mais, au vu de la durée depuis le début des symptômes, le pronostic demeure réservé. »

Le Dr Q._____ du SMR a indiqué, dans un avis du 17 mai 2019 faisant suite à la réception du rapport du Dr E._____ du 13 mai précédent, que ce dernier n'amenait pas de motif médical permettant de s'éloigner des conclusions des deux rapports d'expertise. Il relevait que le Dr E._____ ne se prononçait pas sur le diagnostic de la Dre A._____ ni sur la pertinence du traitement antalgique, que le rapport reprenait l'existence de douleurs limitant les positions, qu'il ne contenait pas de diagnostic ni d'indication sur la capacité de travail de l'assurée. Il rappelait que, dans le cadre de la procédure de révision, une expertise bi-disciplinaire de médecine interne et neurologie avait été demandée pour faire le point sur la situation de santé de l'assurée et son exigibilité dans une activité adaptée à son tableau clinique de douleurs sacro-périnéales persistantes. A la suite des conclusions des experts, une pleine capacité de travail avait été retenue et un projet de décision dans ce sens avait été adressé à l'assurée le 28 juin 2018, laquelle avait contesté cette décision (suppression de la demi-rente). Il exposait encore que, dans son avis médical précédent, il avait demandé une consultation d'antalgie auprès d'un spécialiste afin de confirmer le diagnostic évoqué par le neurologue Dr A._____ et de se prononcer sur la pertinence du traitement antalgique et de sa répercussion éventuelle sur l'exigibilité. S'il avait bien reçu le rapport du Dr E._____ du 13 mai 2019, il devait constater que

celui-ci ne s'exprimait sur aucun des deux points mentionnés. Le Dr Q. _____ relevait en outre que dit rapport reprenait la situation connue et expertisée par R. _____, avec les douleurs sacro-coccygiennes qui limitent les positions assises ou debout prolongées, les « porte à faux » du tronc et le port de charges, sans autre apport médical objectif nouveau. Enfin, il observait que le médecin consulté ne se prononçait notamment pas sur un diagnostic ni sur une capacité de travail. En conséquence, il n'existait pas d'éléments objectifs produits permettant au SMR de s'écarter des conclusions antérieures, qui reposent sur une double expertise motivée.

Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a confirmé sa décision de supprimer la demi-rente d'invalidité de l'assurée.

C. Par acte de son conseil, Me Jean-Michel Duc du 13 septembre 2019, L. _____ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 11 juillet 2019 supprimant sa demi-rente d'invalidité à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification. Elle conclut principalement à la réforme de la décision en ce sens que sa rente d'invalidité est maintenue, respectivement qu'une rente entière lui est allouée. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaires et nouvelle décision. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire (orthopédique, neurologique, psychiatrique, pharmacologique et addictologique) ainsi que la tenue de débats publics incluant son audition ainsi que celle de son époux. A l'appui de son recours, elle a produit les rapports médicaux du Dr J. _____, spécialiste notamment en traitement interventionnel de la douleur, du 22 juillet 2019, et du Prof X. _____ du 3 octobre 2018. La recourante a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par ordonnance de la juge instructeur du 26 septembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Jean-

Michel Duc étant désigné comme conseil d'office à compter du 13 septembre 2019.

Il ressort du rapport médical du 3 octobre 2018 du Prof X. _____ notamment ce qui suit :

« Cher Maître,

Voici le compte-rendu de l'examen que j'ai pratiqué chez Madame L. _____, en date du 18.09.2018.

ANAMNESE ACTUELLE

[...]

J'ai ce jour effectué une évaluation de la douleur à l'aide du test DN4. La cotation de ce test s'élève à 8 points, ce qui est largement suffisant pour définir les douleurs de Madame L. _____ comme douleurs d'origine neuropathique.

Cela étant, il est difficile de trouver d'autres tests permettant d'objectiver l'état algique, la cause restant la chute initiale sur le coccyx.

Si on se réfère aux critères de Nantes, cette patiente présente une douleur assez typique de compression du nerf honteux qui a déjà été neurolysé par voie transglutéale avec un résultat positif mais temporaire comme on le voit dans certains cas.

On peut donc considérer que l'atteinte du nerf a été telle que ce dernier n'a pas pu récupérer malgré l'intervention chirurgicale bien conduite.

Ce type de trouble postopératoire et non-récupération, se voit à peu près dans 35 % des cas de patients opérés.

SYNTHESE MEDICALE

En conclusion, je suis face à une patiente désespérée, très gênée, voire handicapée par ses douleurs quotidiennes qui l'empêchent d'effectuer les gestes simples de la vie quotidienne.

Elle m'a de plus apparue comme dépressive. Elle a eu pour la première fois un discours de volonté d'en finir avec ses jours.

La seule motivation qui la tient en vie comme elle l'a souligné sont ses enfants.

Comme je l'avais mentionné lors de mon courrier de 2017, l'examen clinique et l'interrogatoire de la patiente montrent que la capacité de travail avec l'atteinte algique est pratiquement nulle.

Il faudrait pouvoir lui trouver une activité professionnelle où la patiente serait dans une position debout mais ceci de manière temporaire, sans faire d'effort, sans soulever de poids.

Pour ce qui est des possibilités médicales pour améliorer son état, elles ont pratiquement été toutes utilisées et je ne verrais qu'un consilium dans un centre universitaire spécialisé de la douleur pour apporter un nouvel éclairage par rapport à la symptomatologie de cette patiente et adapter au mieux la thérapie médicale.

Une prise en charge par hypnose ainsi qu'un soutien psychologique, qui m'apparaît ce jour comme urgent, pourraient aider la patiente à résister face à l'algie dont elle souffre de manière quotidienne.

[...]. »

Le rapport médical du 22 juillet 2019 du Dr J._____ a la teneur suivante :

« Cher Maître,

En complément à mon courrier daté du 17.07.19, veuillez trouver ci-dessous mes réponses aux questions contenues dans votre lettre du 09.07.19.

- 1) Mme L._____ présente des douleurs chroniques post-traumatiques et post-chirurgicales de la région sacrococcygienne et périnéale (ICD-11 MG30.2).
- 2) Il n'existe pas d'élément objectivable en dehors de l'hyperalgésie présente au niveau de la région sacrococcygienne. La douleur étant par essence une expérience subjective, le fait de ne pas retrouver de substrat organique (lésion anatomique nerveuse ou musculo-squelettique par exemple) sur les différents examens radiologiques, cliniques ou neuro-physiologiques ne remet nullement en question les plaintes exprimées par la patiente. Si une douleur est ressentie ou exprimée par un patient, elle est de facto réelle. De plus le parcours clinique et les antécédents de Mme L._____ sont parfaitement compatibles avec la persistance des symptômes décrits. Le fait de nier les plaintes de la patiente sous-entend que la patiente est une simulatrice, ce qui n'a jamais été démontré.
- 3) Je confirme l'incapacité totale de travail de la patiente dans l'activité habituelle en raison des nombreuses limitations fonctionnelles : douleurs spontanées importantes, aggravation rapide (quelques secondes à minutes) en position assise et fatigabilité. Je ne vois pas non plus quelle activité professionnelle serait adaptée à la situation de la patiente.
- 4) Les douleurs chroniques étaient déjà présentes avant la coccygectomie. Elles semblent avoir été modifiées en qualité et intensité par la chirurgie. On note toutefois une aggravation quasi constante des symptômes de la patiente après toutes les procédures invasives réalisées. La cause des douleurs semble donc multifactorielle : post-traumatique, post-chirurgicale et par sensibilisation centrale (mécanisme neurologique d'amplification de la perception de la douleur).
- 5) La coccygectomie est une intervention de dernier recours, réservée généralement aux cas les plus réfractaires. Cette intervention reste toutefois controversée dans la littérature médicale, en raison des risques non-négligeables de persistance voire d'aggravation des douleurs chroniques. On ne peut toutefois pas parler de violation des règles de l'art, puisque cette procédure est largement décrite dans les cas de douleurs persistantes et invalidantes.
- 6) En ce qui concerne la prise en charge, je déconseillerais toute nouvelle approche invasive. En effet, toutes les procédures interventionnelles réalisées jusqu'à ce jour n'ont fait que péjorer les douleurs. Du point de vue médicamenteux, des perfusions intraveineuses de Lidocaine ou de Kétamine me sembleraient être une option intéressante. Les traitements de médecine intégrative (hypnose ou enseignement à l'auto-hypnose) pourraient également apporter un certain soulagement et une meilleure gestion des douleurs.

- 7) Mme L._____ souffre depuis plus de dix ans de douleurs chroniques réfractaires aux différentes prises en charge (médicamenteuses, chirurgicales, antalgie interventionnelle). Une guérison paraît malheureusement improbable. Toutefois, une prise en charge adéquate et surtout une reconnaissance (médicale et asséurologique) des douleurs de la patiente devraient améliorer sa qualité de vie.
[...]. »

Par réponse du 23 octobre 2019, l'OAI a constaté que l'instruction de la cause aurait mérité d'être complétée sur le plan psychiatrique et en ce qui concerne le traitement algique de l'intéressée.

Dans un avis du 7 octobre 2019, le SMR relevait notamment ce qui suit :

« Suite à notre décision du 11 juillet 2019, qui supprime la demirrente de l'assurée, des pièces médicales pour supporter l'opposition ont été produites. Nous avons examiné avec attention ces rapports médicaux. Le rapport du Pr X._____ des Y._____ date d'octobre 2018 et est donc quasi contemporain de l'expertise du Dr G._____ neurologue du R._____. On peut donc admettre qu'une situation clinique analogue a été examinée. Lors de cette expertise bi-disciplinaire, les deux experts ont conclu à l'absence de signes de majoration, mais par contre une autolimitation, avec des bénéfices secondaires probables par le soutien de l'ensemble de la famille, est retenue de manière formelle. Le tableau clinique montre une asthénie d'origine iatrogène très probable (traitement antalgique à forte dose) et des douleurs importantes après exérèse du coccyx en 2010. Aucun diagnostic neurologique n'est retenu. Le Pr. X._____ fait valoir que cette situation est rencontrée dans 35% des cas suite à ce type d'intervention chirurgicale, mais ne pose pas non plus de diagnostic spécifique. Il souligne l'état psychique très affecté de sa patiente (désespérée). De son côté le Dr J._____ retient des douleurs chroniques post-traumatiques et post chirurgicales sacrococcygiennes et périnéales mais confirme ne pas retrouver non plus de support organique objectivable à ces douleurs. Il exprime le fait que cela n'exclut pas la réalité des douleurs ressenties par l'assurée, réalité qui n'a jamais été contestée par aucun expert, pas plus que la notion de *simulatrice* mentionnée n'a été évoquée par le Dr G._____ lors de son expertise. Comme le Pr X._____, le Dr J._____ propose un traitement par hypnose et autohypnose, ce qui tendrait à confirmer l'importance du facteur psychique dans ces douleurs et leur ressenti.

En synthèse des deux rapports médicaux joints à l'acte de recours et à la lumière de l'expertise neurologique du Dr G._____ je retiens :

- La situation clinique décrite dans tous les cas est la même, sans aucun élément contradictoire clinique de part ou d'autre,
- Aucun nouvel élément clinique objectivable n'est apparu depuis l'expertise du Dr G._____ de 2018 qui a fondé notre décision,

- Aucun diagnostic étiologique des douleurs n'est posé par aucun des 3 médecins, sinon le traumatisme initial et l'acte chirurgical de 2010.

Face à ce constat d'un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, subjectif par définition, il semble que **seule la répercussion estimée des douleurs sur la capacité de travail soit différente** d'un spécialiste à l'autre.

N'ayant pas examiné l'assurée nous-même, il nous est, dans de telles conditions, impossible de prendre position dans un sens ou dans l'autre. Pour autant il n'y a pas d'élément médical nouveau intervenu depuis les conclusions du Dr G. _____ en 2018, spécialiste dont les compétences en matière de neurologie sont largement reconnues. Ce qui me semble regrettable au plan strictement médical c'est qu'il n'a pas été répondu à la question de savoir si le traitement antalgique et sa posologie étaient réellement adaptés et quel était son impact sur la capacité de travail finale (asthénie engendrée). Par ailleurs au vu de l'état psychique décrit par le Pr X. _____ en 2018 et des éventuels bénéfices secondaires mentionnés par le Dr G. _____, il aurait sans doute été souhaitable de procéder à une évaluation psychiatrique de l'assurée. »

Par réplique du 14 novembre 2019, la recourante conclut toujours à l'admission du recours et à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et de médecine interne, en plus d'une expertise psychiatrique, pharmacologique et addictologique.

Par duplique du 9 décembre 2019, l'OAI renvoie aux avis du SMR du 23 octobre 2019 et 4 décembre 2019. Dans ce dernier avis, le SMR relevait notamment ce qui suit :

« Concernant le traitement et son adéquation avec la pathologie en cause nous proposons une consultation de pharmacologie avec monitoring plasmatique des antalgiques prescrits, à laquelle il serait opportun d'ajouter l'avis d'un spécialiste de l'addiction. Concernant la proposition par l'avocat d'une expertise psychiatrique il me semble que mon avis SMR du 7 octobre 2019 devrait répondre à la question. »

Le 18 juin 2020, la recourante a demandé la suspension de la cause jusqu'à la connaissance d'une expertise neurologique privée qu'elle s'apprêtait à mettre en œuvre auprès d'un neurologue. Par courrier du 26 juin 2020, l'OAI s'est opposé la suspension de la cause au motif de la mise en œuvre d'une expertise neurologique privée, l'aspect neurologique ayant été investigué à satisfaction. Par ordonnance du 7 juillet 2020, la

juge instructeur a rejeté la requête de suspension par appréciation anticipée des preuves.

Le 9 septembre 2020, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr J._____ du 2 septembre 2020 ainsi qu'un mail de la Dresse A._____ du 1^{er} septembre 2020.

Dans le mail susmentionné, la Dre A._____ fait état d'une nouvelle atteinte à la santé, soit une hernie discale L5-S1 avec émergenceurale de la racine S1 à gauche, avec paresthésies importantes au niveau du membre inférieur droit ainsi qu'une aggravation de l'état anxio-dépressif chronique.

Dans son rapport du 2 septembre 2020, le Dr J._____ confirme que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis le début 2020 en raison de l'apparition d'une nouvelle douleur sous forme d'une lombosciatalgie gauche avec l'imagerie en débord disco-ostéophytique L5-S1 venant en contact de l'émergence de la racine S1 gauche. Il relève également que la recourante présente des difficultés à se concentrer et des troubles de l'humeur secondaires aux douleurs chroniques et traitements médicamenteux.

Une audience de débats publics et de jugement a été tenue le 15 septembre 2020 au cours de laquelle la recourante a été entendue. A cette occasion, la recourante a également produit une nouvelle ordonnance de médicaments.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, 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 physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente, et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGGA).

b) 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. (art. 17 al. 2 LPGGA).

Lorsqu'un assuré dépose une demande de révision, il doit établir de façon plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1).

5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

6. a) Il ressort de l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) du 26 janvier 2016 du Prof V. _____ et de la Dre P. _____, avec le consilium rhumatologique du Dr B.W. _____ et le consilium psychiatrique du 22 janvier 2016 du Dr B. _____ que la recourante a bénéficié d'une résection du coccyx en septembre 2009. Après cette opération, elle a toujours souffert d'importantes douleurs, désormais permanentes, avec des irradiations au bassin. Comme ces douleurs persistent, elle a eu des infiltrations du nerf honteux, qui ont eu un bon résultat initial de quelques heures suivi pourtant par une aggravation. Par la suite, l'assurée a subi une neurolyse du nerf honteux droit avec une amélioration des douleurs dans les suites opératoires puis, à nouveau, une nouvelle péjoration après deux ou trois mois. Un neurostimulateur sacré bilatéral a été définitivement implanté en avril 2013 avec une amélioration des douleurs, mais sans que la médication algique ait pu être diminuée. La recourante continue de présenter des douleurs des fesses et des irradiations dans le bassin, jusque dans le vagin et l'anus. Ces douleurs s'améliorent par moments à la programmation du neurostimulateur. Elle rapporte cependant une fatigue liée à sa médication ainsi qu'à ses douleurs. Au moment de l'expertise, l'assurée prenait les médicaments suivants : Citalopram® 20 mg 1-0-0, Dafalgan® (agent actif : paracétamol®) 1g 1-1-1- et en réserve, Irfen retard® 800 mg 1-0-0 et en réserve, Ceraset®, Lyrica® (agent actif : prégabaline) 75 mg 2/j et 150 mg 1/j, Mydocalm® (en fait : Mydocalm, agent actif : Tolperison) 150 mg 1-1-1, Symfona forte®, Pantoprazol, Librax®, Iberogast®, Vesicare® et Ulcar®. L'examen neurologique est décrit comme normal : la recourante ne présente pas de parésie ni niveau sensitif, notamment sur les fesses et le périnée. La sensibilité est conservée dans toutes ses modalités. Il n'y a

pas d'hyperalgésie ni d'allodynie. Le tonus axial est conservé, aucun trouble sensitivomoteur au niveau des membres n'est retrouvé. Le Prof. V. _____ et la Dre P. _____ retiennent comme diagnostic un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne. Pour sa part, le Dr B.W. _____ relève que les douleurs n'ont jamais cédé depuis l'accident malgré de multiples interventions, résection du coccyx, pose de stimulateurs, intervention sur le nerf honteux droit. La douleur est décrite comme continue, présente jour et nuit, exacerbée le soir par la position assise et la position couchée sur le dos. Cet expert retient quant à lui comme diagnostic des sacralgies chroniques post-traumatiques d'origine indéterminée et l'absence d'arguments pour une spondylarthropathie. Enfin, l'expert psychiatre, le Dr B. _____, considère que l'anamnèse et le tableau clinique [actuel] correspondent au diagnostic d'un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, comme défini par la CIM-10 (F45.41). Il explique que, sans comorbidité psychiatrique, ce trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques ne s'accompagne pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie chez une expertisée qui garde des relations proches et stables avec sa famille et ses amis. Malgré une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, elle mène une vie autonome et assume son rôle de mère, tout en cherchant une solution pour ses problèmes sociaux, avec par exemple l'idée de reprendre une activité adaptée à ses douleurs. Ainsi, sa vie sociale et ses activités quotidiennes témoignent de ses ressources personnelles, lui permettant d'affronter ses plaintes, par exemple concernant une fatigue, qui ne se manifeste pas de la même manière dans tous les domaines de la vie, comme décrit dans l'anamnèse. En l'absence de traitement psychiatrique et psychothérapeutique après l'accident en janvier 2009, il n'y a pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art des aspects somatoformes de ses plaintes. Sans signe d'épuisement psychique, la recourante continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne et les taux sanguins des antidouleurs laissent planer des doutes quant à sa mise à contribution des options thérapeutiques ainsi que le poids effectif des souffrances. En conséquence, le trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques de la

recourante n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ainsi, l'effort à surmonter les symptômes non expliqués par un processus physiologique reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à 100 %, au plan psychique. En définitive, selon les experts s'exprimant dans l'appréciation globale du cas de la recourante, l'atteinte ne reposerait pas sur un substrat organique. Au vu de l'absence de déficits neurologiques, du caractère intermittent des douleurs, de l'adhérence discutable à la prise des traitements médicamenteux (les taux sériques de quelques-uns des antalgiques ont été trouvés au plus bas, dont le paracétamol et l'ibuprofène ; cf. consilium du Dr B. _____), du potentiel thérapeutique favorable d'une prise en charge psychothérapeutique, de l'absence de maladie rhumatologique sous-jacente (cf. consilium rhumatologique rappelé ci-après), avec la survenue de symptômes non expliqués entièrement par un processus physiologique dans un contexte de stress psychosocial, les experts concluent à une pleine capacité de travail de la recourante dans des activités ciblées où l'assurée pourrait changer régulièrement de position.

b) Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a supprimé avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision la demi-rente servie à l'assurée depuis le 1^{er} mai 2011 en raison de douleurs chroniques suite à un traumatisme du coccyx suivi de plusieurs opérations. A l'époque, l'instruction de la cause démontrait que l'intéressée présentait une capacité de travail de 0 % du 4 janvier 2009 au 6 janvier 2009, de 60 % du 7 janvier 2009 au 19 mai 2009, de 50 % du 20 mai 2009 au 10 novembre 2010, de 0 % du 11 novembre 2010 au 30 janvier 2011 et, pour finir, de 50 % à compter du 31 janvier 2011.

En l'occurrence, dans le contexte de la procédure de révision requise par l'assurée en décembre 2013, une expertise neurologique et de médecine interne a été réalisée par le R. _____ (R. _____), lequel a rendu son rapport en date du 23 mars 2018. Sur le plan interdisciplinaire, les experts concluent à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un emploi limitant la station

assise permanente à moins d'une heure et évitant la montée sur des échelles ou toutes activités équivalentes ainsi que la conduite de machines. L'activité habituelle d'opératrice est considérée comme une activité adaptée, sous réserve de la possibilité d'alternance de la position assise chaque heure. Les conclusions des experts R._____ confirment pleinement l'expertise de 2016, en retenant une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, soit permettant l'alternance des positions chaque heure, comme c'est le cas dans l'activité habituelle d'opératrice exercée par la recourante.

La recourante conteste la valeur probante des expertises au dossier, soutenant qu'elles contiennent des contradictions intrinsèques et que leurs conclusions relatives à la non organicité de ses symptômes (douleurs) et à sa capacité de travail résiduelle sont contredites par les appréciations médicales des spécialistes qu'elle a consultés. Elle se réfère ce faisant aux avis médicaux qu'elle a produits devant l'OAI comme devant l'autorité de céans, soit le rapport du 12 octobre 2018 de son nouveau médecin traitant, la Dre A._____, le rapport établi le 22 octobre 2018 par le Prof S._____, le rapport établi le 5 avril 2019 à l'attention de Me Duc par le Dr E._____, le rapport établi le 3 octobre par le Prof X._____ ainsi que le rapport établi le 22 juillet 2019 par le Dr J._____.

Dans le cadre de l'instruction de la demande de l'assurée, le SMR a observé qu'aucun rapport médical faisant état d'éléments médicaux objectivement vérifiables permettant de s'écarter des conclusions exposées ci-avant n'avait été produit (cf. avis SMR du 10 juillet 2019). A la suite des nombreux rapports médicaux au dossier, il a constaté que, sur le plan neurologique et de médecine interne, aucun élément clinique objectivable ne permettait d'expliquer les douleurs ressenties par l'assurée. Face à un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, seule la répercussion estimée des douleurs sur la capacité de travail était différente. Ces atteintes devaient être évaluées conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles sans substrat organique. Les experts consultés ont estimé à cet égard qu'un effort de

volonté de la part de la recourante était exigible pour surmonter ses douleurs.

c) On constate en effet que, dans son rapport du 22 octobre 2018, le Prof S._____ ne fait que rapporter une neurotomie par radiofréquence, sans pour autant retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce traitement serait propre à améliorer l'état de santé de sa patiente en augmentant sensiblement sa capacité de travail (arrêt du TF 8C_202/2017 du 21 février 2018, consid. 3). Il ne saurait donc remettre en cause les conclusions dûment motivées par les experts à ce propos.

Au surplus, la Cour de céans relève que l'avis médical de la Dre A._____, qui soutient que les douleurs de la recourante sont facilement objectivables en procédant à l'anesthésie de la partie sacrée où les nerfs ont été coupés lors de la coccygectomie, ne constitue qu'une hypothèse, qui n'a au demeurant pas été confirmée par le Dr E._____, alors que l'OAI avait mandaté ce spécialiste du traitement de la douleur pour examiner ce point. Ce dernier médecin, tout comme le Dr J._____, lui aussi spécialiste du traitement de la douleur (dont on ne sait pas s'il a personnellement examiné la recourante puisqu'il ne fait que répondre aux questions posées par le conseil de l'assurée et ne rapporte pas une date de consultation), ainsi que le Prof X._____ dans une certaine mesure, se contentent d'indiquer que les douleurs ne sont objectivables que par l'hyperalgésie qu'ils ont constatée chez la recourante. Si, d'un point de vue médical, on peut comprendre que pour les spécialistes de la douleur, les plaintes de l'assurée suffisent pour admettre la réalité des souffrances exprimées, il n'en demeure pas moins que, faute d'autre élément diagnostique permettant d'objectiver ces symptômes (examens radiographiques par exemple), les douleurs décrites ne peuvent pas, d'un point de vue assécurologique, être considérées comme invalidantes au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral et conduire à l'octroi de prestations (cf. TF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Les conséquences que ces spécialistes tirent des réponses données par la recourante au questionnaire DN4 ne sauraient elles non plus être

retenues, dès lors qu'elles constituent un élément subjectif et non pas objectif. Au vu de ce qui précède, il ressort du dossier médical que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par la recourante. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; TFA arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

Il s'ensuit que la cause a été suffisamment instruite sur le plan neurologique et de la médecine interne, la hernie discale étant postérieure à la décision litigieuse.

7. a) A l'appui de son mémoire, la recourante a transmis de nouvelles pièces médicales. Il s'agit des rapports du Dr J._____ de la Clinique de la douleur à [...] et du Prof X._____, datés respectivement du 22 juillet 2019, et du 3 octobre 2018. Ces documents ont été soumis pour appréciation au SMR qui s'est prononcé dans un avis du 7 octobre 2019. Ce service observe que, par rapport au travail du Dr G._____, expert neurologue du R._____, la situation décrite est la même sans aucun élément contradictoire clinique. Aucun nouvel élément clinique objectivable n'est apparu depuis l'expertise du Dr G._____ de 2018, qui a fondé la décision litigieuse et aucun diagnostic étiologique des douleurs n'est posé par aucun des trois médecins en dehors du traumatisme initial et de l'acte chirurgical de 2010. Le SMR admet que, face à ce constat d'un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, seule la répercussion sur la capacité de travail est différente d'un spécialiste à l'autre. Il ajoute néanmoins qu'il lui semble regrettable qu'il n'ait pas été répondu à la question de savoir si le traitement antalgique et sa posologie

étaient réellement adaptés et quel était son impact sur la capacité de travail finale de la recourante (asthénie). De plus, il est soulevé qu'il aurait été souhaitable de procéder à une évaluation psychiatrique, compte tenu notamment de l'état psychique décrit par le Prof X. _____ en 2018.

On relèvera à cet égard que, contrairement à ce que constate le SMR, les experts du R. _____ n'avaient pas retenu que l'asthénie pouvait limiter la capacité de travail de l'assurée. Par rapport à la décision sur opposition de la CNA du 11 mai 2017, il semble que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé courant 2018. En effet, l'expertise du M. _____ de 2016 relevait certes que la recourante présentait une fatigue, mais celle-ci n'était pas présente dans tous les aspects de la vie alors qu'en 2018 les experts du R. _____ relevaient une asthénie dorénavant permanente qui impose des siestes régulières. L'expertise du M. _____ soulignait également une mauvaise compliance à certains médicaments antalgiques. A la fin de l'année 2018 et au mois de juillet 2019, tant le Prof X. _____ que le Dr J. _____ proposaient une adaptation au mieux de la thérapie médicale (perfusion intraveineuse de Lidocaïne ou de Kétamine et hypnose). Les parties convenant d'examiner si le traitement antalgique et sa posologie (s'agissant notamment du Lyrica 300 mg) peuvent être adaptés ainsi que les conséquences de l'asthénie permanente sur la capacité de travail de la recourante, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pharmacologique et addictologique.

De plus, l'état psychique de l'assurée semble s'être aggravé depuis l'expertise du Dr B. _____ en 2016. En effet, le Prof X. _____ note en octobre 2018 pour la première fois un discours de volonté d'en finir ainsi qu'une patiente désespérée et dépressive. Le 9 septembre 2020, la Dre A. _____ atteste également une aggravation de l'état anxio-dépressif. Il s'ensuit que la cause doit également être renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique.

b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Un renvoi à l'administration est également possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

c) En l'occurrence, la situation médicale de la recourante n'a pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'il en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, pharmacologique et addictologique. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision.

Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par l'assurée.

8. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

b) L'art. 61 let. g LPGA prévoit que le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige.

ba) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Selon l'art. 69 al. 1bis deuxième phrase LAI, le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs.

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

bb) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant.

c) Il est toutefois nécessaire, dans le cas d'espèce, de rappeler les règles régissant l'assistance judiciaire.

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat [et de 110 fr.

pour un avocat-stagiaire] (art. 2 al. 1 let. a [et b] RA) [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

En l'espèce, par décision du juge instructeur du 26 septembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 septembre précédent et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations lors de l'audience du 15 septembre 2020, laquelle fait état de 10 heures de prestations. Aucune des opérations effectuées n'a été réalisée par Me Duc, mais uniquement par ses consoeurs avocates au sein de la même étude, Me Girardin et Me Dugon, actuellement Me Saint Leger depuis son mariage.

C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part, et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]), n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans le cas particulier, Me Marine Girardin et Marine Saint Leger n'ont pas été autorisées à procéder au titre de l'assistance judiciaire - respectivement, à se substituer à Me Jean-Michel Duc - dans le cadre de

la présente affaire. Partant, l'activité qu'elles ont déployée ne devrait pas être indemnisée, conformément à la jurisprudence précitée. Il est en conséquence signifié qu'en l'absence d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat, titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours formé par L. _____ le 13 septembre 2019 est admis.

- II. La décision rendue le 19 juillet 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud doit verser à la recourante une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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).

La greffière :