

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 :

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

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 7, 8, 16 LPGA ; 18 al. 1, 19, 24 et 25 LAA

E n f a i t :

A. W._____, 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 A._____ à 90 %. A ce titre, elle était assurée contre les conséquences des accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA, la SUVA ou l'intimée).

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 ». Du Voltaren® a été prescrit à l'assurée et il lui a été conseillé de consulter son médecin en Suisse lors de son retour une semaine plus tard environ.

Dans son rapport du 13 janvier 2009, la Dre L._____, 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.

L'assurée a repris son activité professionnelle à 50 % de son taux habituel le 2 mars 2009. Le 6 avril suivant, son médecin a indiqué à la CNA que sa patiente présentait une fracture du coccyx avec angulation secondaire, souffrait de douleurs persistantes pour lesquelles elle devait encore prendre des antalgiques et qu'elle serait prochainement reçue à la consultation du Dr H. _____, chirurgien orthopédiste.

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. _____ a indiqué à la CNA qu'il adressait l'assurée au Dr F. _____, 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 F. _____ 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 F. _____ 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 R. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, en chirurgie viscérale et médecin adjoint du département de chirurgie des hôpitaux U. _____ (ci-après : U. _____), assistait le Dr F. _____.

Dans son rapport du 25 mars 2010, le Dr F. _____ 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 pudendal 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 F. _____ informait la CNA que les douleurs étaient en régression et qu'il poursuivait le traitement par infiltrations mensuelles du nerf pudendal.

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 F._____ a informé la CNA que l'évolution était défavorable avec l'apparition de névralgies du nerf pudendal des deux côtés. Il exposait avoir pratiqué une neurolyse pudendale du nerf honteux (réf. : ou nerf pudendal) droit le 13 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.

Le 18 février 2011, le Dr F._____ a adressé l'assurée à une ostéopathe, en expliquant notamment que sa patiente présentait des douleurs périnéales complexes et que si les douleurs liées au nerf honteux semblaient diminuer quelque peu, il était frappé par une contracture résiduelle de l'ensemble du muscle releveur ainsi que d'une sensibilité continue sur le nerf pudendal gauche. Le 11 mars 2011, il a prescrit des séances de physiothérapie pour une rééducation périnéale complexe. Le 8 juillet 2011, il a informé la CNA qu'il n'y avait eu qu'une réponse partielle à la coccygectomie et à la neurolyse du nerf honteux, que le traitement consistait en physiothérapie et antalgie et que sa patiente serait reçue en consultation chez le Prof R._____ en fin d'été.

Il ressort du procès-verbal d'entretien établi par la CNA le 19 octobre 2011 que l'assurée souffre d'une grande fatigue « entre le travail et les médicaments qu'elle doit prendre ». Elle a une sensation de brûlure permanente « au cul » ainsi que des « coups de jus fréquents ». Sa gynécologue a fait faire une nouvelle IRM du bas du dos le 12 juillet 2011, qui n'a rien montré de particulier mis à part que « l'inflammation » perdurait, malgré quatre infiltrations à ce jour. L'assurée poursuit ses séances de physiothérapie et d'ostéopathie. Elle a expliqué que si le Dr F._____ avait eu un entretien téléphonique avec le Prof R._____, il

n'était pas prévu qu'elle le consulte. Elle n'a pas non plus de rendez-vous chez un spécialiste de la douleur.

Le 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.

Le 3 novembre 2011, le Dr M._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a requis du Prof P._____, Chef de la Consultation de la douleur à l'Hôpital de [...], qu'il reçoive l'assurée en expliquant qu'au vu de la situation médicale il se posait la question d'une stimulation médullaire. Le 19 mars 2012, le Prof P._____ a répondu à la CNA que l'option pour la pose d'un stimulateur était retenue et qu'un test serait prochainement effectué.

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 un 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.

Le rapport radiographique du 29 octobre 2012 relatif à un CR colonne lombaire (debout face, profil) pratiqué le 26 octobre précédent conclut à l'existence d'une scoliose lombaire à convexité gauche et à un

status post-résection des pièces coccygiennes. Le reste de la radiographie de la colonne lombaire est dans la limite de la norme.

Il ressort du procès-verbal d'entretien du 12 décembre 2012 de la CNA que l'assurée ressent une douleur constante et « invalidante ». Dès midi, elle devrait prendre double dose de médicaments. Elle ne supporte pas les transports publics à cause des vibrations. Elle ne conduit que sur de courts trajets, préférant se déplacer à pied. Le dernier contrôle chez le Dr F. _____ date de juin dernier ; celui-ci était persuadé que la spécialiste qui devait lui poser un neuro-stimulateur l'avait convoquée pour cette intervention, mais ce n'est pas le cas. En octobre, elle a été informée de l'intervention un à deux jours avant la date prévue ; elle a refusé d'entrer à l'hôpital sans information complémentaire (planification de la durée d'hospitalisation, genre d'intervention finalement, organisation personnelle etc.). Elle doit revoir le Dr F. _____ le 10 décembre pour discuter de l'implantation d'un ou deux appareils et planifier l'intervention en janvier prochain. Le Prof R. _____ ne l'a jamais examinée et n'est plus interpellé. En attendant, c'est son médecin traitant qui la suit tous les mois.

Le 18 décembre 2012, le Dr F. _____ a informé la CNA que l'évolution de l'assurée était défavorable, avec la persistance de douleurs et la limitation au travail. Son pronostic était réservé. Il a annoncé la tentative prochaine de neuromodulation sacrée en avertissant d'une probable limitation résiduelle ultérieure.

Le 24 décembre 2012, la Dre L. _____ a établi un rapport médical et produit la liste des médicaments que l'assurée prend au quotidien, à savoir :

- Citalopram® 20 mg, 1 comprimé le soir ;
- Movicol®, 2 comprimés le soir en réserve ;
- Dafalgan® 1g, 1 comprimé le matin, à midi et le soir et 1 en réserve pour la nuit ;
- Irifen 800 Retard®, 1 comprimé le matin ;
- Lyrica® 75 mg, 1 comprimé le matin, à midi et le soir ;

Mydocalm® 150 mg, 1 comprimé le matin, à midi et le soir ;
Symfona Forte®, 1 comprimé le matin et le soir ;
Laxoberon®, 20 gouttes le soir (contre la constipation) ;
Pantoprazole® 40 mg, 1 comprimé le matin ;
Magnesiocard® 10 mmol, 1 comprimé dans de l'eau avant le repas du soir ;

Le protocole opératoire indique que l'implantation définitive d'un neuro-stimulateur sacré a eu lieu le 3 avril 2013.

Il ressort du procès-verbal d'entretien de la CNA du 27 mai 2013 qu'après la pose du deuxième stimulateur, l'assurée a pu reprendre son activité professionnelle à 50 % de son taux habituel le 1^{er} mai. Son rendement est estimé en ordre lors de sa présence. Elle se dit très fatiguée. La récente opération a tout de même apporté « un mieux » (à 40 %) au niveau de la douleur mais celle-ci reste permanente : en général, cela picote, mais fait comme une intense douleur au niveau des électrodes. Sa nouvelle chaise lui crée aussi des douleurs car l'appui se fait au niveau des piles des stimulateurs et elle a repris son ancien tabouret. Dans sa tête, elle ne va pas très bien mais a refusé la proposition de la CNA de consulter un psychologue, ses consultations chez son médecin traitant lui suffisant. Elle doit revoir le Dr F. _____ uniquement en cas de problème. Sa médication est inchangée.

Il ressort d'une notice téléphonique du 20 septembre 2013 que l'assurée a annoncé une incapacité de travail à 100 % dès le 16 septembre précédent en raison de douleurs trop fortes. L'intéressée a expliqué que la pose des stimulateurs n'avait rien « arrangé ». Au contraire, elle souffre maintenant de « fourmis » dans la jambe gauche. La fatigue est devenue trop intense aussi ; elle a perdu du poids et ne mange presque plus. Elle ne parvient plus à gérer sa vie de famille et sa vie professionnelle dans son état.

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

Le 11 mars 2014, la CNA a mandaté le Service de neurologie du I. _____ pour la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (neurologie, rhumatologie et psychiatrie).

Le 28 mai 2014, la Dre V. _____, spécialiste en neurologie, a adressé à la Dre L. _____ 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 [réf. : ?] 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 12 juillet 2014, la Dre L. _____ a produit le plan de traitement médicamenteux de l'assurée, qui est le suivant :

- Citalopram® 20mg, 1,5 comprimé le matin ;
- Dafalgan® 1g : 1 comprimé le matin, à midi et le soir et 1 comprimé en réserve pour la nuit ;
- Irfen 800 Retard®, 1 comprimé à midi, plus 1 en réserve le soir ;
- Lyrica® 75mg, 1 comprimé le matin et à midi ;
- Mydocalm® 150 mg, 1 comprimé le matin, à midi et le soir (pour relâcher les muscles, en réserve) ;
- Lyrica® 150 mg, 1 comprimé le soir ;
- Pantoprazole® 40 mg, 1 comprimé le matin ;
- Iberogast teint®, 20 gouttes, le matin, à midi et le soir ;
- Movicol pdr sach®, 2 le soir dans 250 ml d'eau.

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 Y._____, médecin cheffe du Centre de Neuro-urologie du I._____, 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, A._____ a résilié le contrat de travail de l'assurée pour des motifs économiques.

Le 5 décembre 2014, le Dr F._____ 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 J._____, et la Dre D._____, respectivement médecin adjoint et cheffe de clinique adjointe du Service de neurologie du I._____, ont rendu leur rapport d'expertise

disciplinaire incluant le consilium rhumatologique du Dr A.S._____, médecin chef du Service de rhumatologie de l'Hôpital orthopédique, ainsi que le consilium psychiatrique du Dr G._____, 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 [...] 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 L. _____, qui prescrit une physiothérapie à la Clinique [...]. 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 F. _____ 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 F. _____ lui propose une intervention du coccyx en collaboration avec le Prof. R. _____. 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 F. _____ lui parle d'une neurostimulation sacrée et lui propose un essai thérapeutique en collaboration avec le Prof. R. _____.

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 F._____ 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 F._____ 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 G._____, 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

Ulcars 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 L. _____ depuis 25 ans et qu'elle voit actuellement 1x/mois

Suivie par le chirurgien, Dr F. _____ 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 [...], 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 sauttillement 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 A.S. _____ du 28.11.2014 (cf. pièce jointe)

Consilium psychiatrique du Dr G. _____ 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 G. _____).

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 G. _____).

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 W. _____ 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 G. _____), le potentiel thérapeutique favorable d'une prise en charge psychothérapeutique (voir rapport du Dr G. _____) et finalement l'absence de maladie rhumatologique sous-jacente (voir rapport du Dr A.S. _____) 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 A.S. _____ 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 G. _____ 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 A.S. _____,
- la discussion consensuelle du 05.01.2016 avec le Dr J. _____,
- les résultats finaux de l'examen neurologique du 29.09.2014 de la Dresse D. _____, reçus le 21.01.2016.

[...]

Plaintes actuelles :

Spontanément Mme W. _____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W._____ gagne environ Fr. 5'200.- avec son travail à 100%. Mme W._____ s'occupe des finances de la famille et fait les paiements par Internet. Elle nie de dette ou de poursuite.

Mme W._____ 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 W._____ voit sa soeur régulièrement. Presque chaque jour, Mme W._____ rencontrer 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 W._____ 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 W._____. 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 W._____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ assure les tâches ménagères avec l'aide de sa famille. Son fils passe l'aspirateur, tandis que Mme W. _____ dépoussière. Mme W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ consulte pour la première fois une 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 le traitement après deux ou trois consultations, grâce à la clarification de la situation avec ses parents. Depuis, Mme

W. _____ 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 W. _____ sont en bonne santé.

IV Données objectives

Status psychique :

Mme W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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'examineur. 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 W. _____ ne présente pas de signe floride de la lignée dépressive en faveur d'une dépression majeure.

Sur le plan anxieux, Mme W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W._____ 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 W._____, 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 A.S._____, rhumatologue, et la Dresse D._____, neurologue, les douleurs de Mme W._____ 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 W._____ 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 W._____ 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 W. _____ 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. »

Une notice téléphonique du 25 février 2016 indique que l'assurée s'est excusée du retard avec lequel elle a envoyé son certificat médical, en expliquant que toute son attention est portée sur sa fille qui a dû être hospitalisée. La maladie de Crohn a été diagnostiquée : sa fille a perdu beaucoup de poids et est nourrie par sonde nasale.

Par courrier du 19 juin 2016 à la CNA, l'assurée a déclaré se poser la question du sérieux de l'expertise pluridisciplinaire et ne pas comprendre pourquoi elle n'avait pas été examinée par un spécialiste adéquat pour son cas. Elle a relevé des erreurs, notamment relatives au taux de sa rente AI (50 % et non 100 %), aux dates de ses interventions, au nom d'un médecin, au fait qu'il ait été écrit qu'elle s'était mariée à 17

ans alors que c'était à 24 ans. Elle a contesté avoir repoussé l'intervention relative à l'implant d'un neurostimulateur en raison de la plainte pénale dont elle faisait l'objet et de l'accident de football de son fils, prétendant que cela avait été fait en accord avec le Dr F. _____ et le Prof R. _____, en raison de la peur du risque de paralysie. Elle a contesté qu'il y ait eu plusieurs déplacements du neurostimulateur. Quant à son quotidien, elle a déclaré qu'elle ne passait chez son amie qu'une fois par semaine et non pas tous les jours et que ce n'est pas après sa sieste mais après le repas qu'elle débarrassait la table. Enfin, elle a contesté que les symptômes soient dus au stress et non à l'accident et expliqué que si elle ne suivait pas de traitement psychothérapeutique, c'est parce que son médecin traitant, la Dre L. _____ possède un titre « AFC médecine psychosomatique et psychosociale » et que cette dernière, en accord avec ses propres convictions, avait estimé qu'il n'était pas nécessaire qu'elle consulte un psychiatre. En ce qui concerne le bas taux de l'ibuprofène, elle a fait valoir qu'elle avait remarqué une diminution de son efficacité, raison pour laquelle son médecin avait échangé cette substance le 26 mars 2015 pour du Tilur Retard. Quant au paracétamol, elle a exposé qu'elle évitait de prendre certains médicaments lorsqu'elle devait conduire.

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 courrier du 30 septembre 2016, Me Jean-Michel Duc, agissant au nom et pour le compte de l'assurée, a formé opposition à la décision du 1^{er} septembre précédent. En substance, il a fait valoir que le dossier médical de sa mandante était incomplet et a nié toute valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire, en alléguant que les conclusions des experts étaient en contradiction avec leurs constatations. Enfin, il a requis au vu des « atteintes au rachis » qu'une expertise soit confiée à un orthopédiste spécialiste du rachis et conclu à ce qu'une rente d'invalidité LAA de 100 % soit allouée à l'assurée ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à fixer à dire d'expert.

Le 31 octobre 2016, l'assurée a indiqué à la CNA qu'elle allait transmettre un rapport médical du Dr F._____, réitérant l'allégation d'une instruction insuffisante de son dossier. Trois prolongations de délai lui ont été accordées pour produire un tel rapport, la dernière fois le 10 mars 2017 avec un ultime délai au 30 avril 2017. Le 1^{er} mai 2017, l'assurée a requis une nouvelle prolongation de délai pour produire un rapport du Prof R._____.

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. J._____, médecin adjoint auprès du Service de neurologie du I._____ et la Dre D._____, 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 A.S. _____, Médecin Chef, Service de rhumatologie à l'Hôpital orthopédique, il n'y a pas de maladie rhumatismale chez Madame W. _____, 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 G. _____ 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 W. _____ 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 F. _____. 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 R. _____. 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 I. _____. 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 W. _____ 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. »

B. Par acte de son conseil du 12 juin 2017, W. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition de la CNA du 11 mai 2017 en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à de plus amples prestations d'assurance-accidents. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour mise en oeuvre de nouvelles mesures d'instruction et nouvelle décision. La recourante requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire (orthopédique et neurologique), la tenue de débats publics lors de laquelle la Cour de céans procédera à son audition personnelle ainsi qu'à celle de son époux, tous autres moyens de preuve étant expressément réservés. Elle fait valoir en substance que son droit d'être entendu a été violé par l'intimée dès lors qu'elle n'a pas fait droit à sa demande de produire un rapport médical complémentaire dans le cadre de la procédure d'opposition avant de rendre la décision entreprise. La recourante reproche également à l'intimée d'avoir fondé sa décision sur un rapport d'expertise pluridisciplinaire non probant, en ce sens qu'il contient des contradictions. Elle fait en outre valoir qu'un spécialiste des affections du coccyx, ou du rachis aurait dû être consulté, ce qui n'a pas été le cas. Cela étant, elle estime que l'intimée ne disposait pas d'un dossier suffisant pour statuer. Soulignant que l'OAI lui a accordé une demi-rente d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 50 % y compris dans une activité adaptée, elle soutient que cet élément corrobore le fait qu'elle présente des limitations qui l'empêchent de travailler à temps complet dans toute activité. Enfin, elle fait reproche à l'intimée de lui avoir refusé toute IPAI, alors que les experts ne se sont pas prononcés sur cette question. La recourante requiert d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 6 juillet 2017, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire (exonération des frais judiciaires et assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Jean-Michel Duc) avec effet au 12 juin 2017, étant précisé que l'assurée a été également exonérée de toute franchise mensuelle.

Le 11 juillet 2017, la recourante a informé la Cour de céans qu'elle était convoquée chez le Prof R. _____, spécialiste en affection du rachis, le 5 septembre suivant.

Par réponse du 29 septembre 2017, la CNA a conclu au rejet du recours. Elle conteste que l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle elle s'est fondée pour rendre la décision litigieuse contiendrait des contradictions et/ou des omissions et n'aurait de ce fait pas de valeur probante. L'intimée soutient que dès lors que l'expertise en question a été rendue par d'éminents médecins et respecte les requisits jurisprudentiels en la matière, le reproche quant à l'absence d'un spécialiste du rachis dans l'équipe d'experts n'est pas propre à remettre en question la valeur probante de l'expertise litigieuse. En ce qui concerne la décision de l'OAI allouant à la recourante une demi-rente d'invalidité, elle rappelle que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents. En définitive, l'intimée nie avoir violé le droit d'être entendu de la recourante en ne faisant pas droit, par appréciation anticipée des preuves, à sa requête de produire un nouveau rapport médical. Enfin, rappelant la réponse des experts s'agissant de la question de l'IPAI, elle conteste le grief de la recourante sur ce point.

Par « observations » du 1^{er} mai 2018, la recourante a confirmé les conclusions de son recours en reprenant en substance les motifs contenus dans son acte de recours. Elle conteste en son entier les arguments de l'intimée et produit en annexe un rapport médical établi le 20 octobre 2017 par la Dre L. _____ qui non seulement confirme son incapacité totale de travail mais montre également, selon elle, qu'elle a

essayé tout ce qui était possible pour maintenir une capacité de travail malgré ses douleurs.

Dans sa duplique du 24 mai 2018, l'intimée maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et ses motifs. Elle relève en outre notamment ce qui suit :

« A titre liminaire, l'intimée relève que Mme W._____ a, par l'intermédiaire de son mandataire, requis de nombreuses prolongations de délai avant de répliquer. Les reports successifs de la date à laquelle la recourante entendait déposer ses observations ont tous été motivés par le fait qu'elle devait se prêter à de nouveaux examens spécialisés, notamment en neurologie, dans le cadre d'une procédure de révision mise en œuvre par l'Al. Or, l'assurée n'a produit aucune pièce médicale à l'appui de ses observations du 1^{er} mai 2019. En effet, elle ne fait qu'y confirmer sa position quant à la valeur probante de l'expertise des Drs A.S._____, G._____, D._____ et J._____ (pièce 334) alors même que son mandataire indiquait dans sa requête de prolongation de délai du 15 mars 2018 avoir finalement reçu un rapport d'expertise neurologique qui devait avoir une importance non négligeable dans la présente procédure. En renonçant à produire ce dernier à l'appui de ses observations, la recourante laisse penser que ce rapport d'expertise n'a pas amené d'élément nouveau, respectivement que dite expertise n'a fait que confirmer les conclusions des Drs D._____ et J._____, à savoir l'absence de déficits d'un point de vue neurologique (pièce 334, p. 11). »

Le 5 juin 2018, la recourante a requis une prolongation de délai jusqu'au 30 septembre 2018 aux fins de pouvoir produire des rapports médicaux à l'appui de ses conclusions.

Le 18 juin 2018, l'intimée s'est opposée à la requête de prolongation de délai de la recourante, faute pour celle-ci d'avoir expliqué en quoi un tel délai était nécessaire alors qu'elle avait déjà bénéficié de plusieurs prolongations de délai.

Le 25 juin 2018, la recourante a confirmé sa demande de prolongation de délai en expliquant qu'il fallait plusieurs mois pour qu'un rapport d'expertise médicale soit délivré.

Par courrier du 9 juillet 2018, le juge instructeur a accordé à la recourante un délai au 1^{er} octobre 2018 pour transmettre à la Cour de céans une expertise médicale.

Faisant suite à la requête du juge instructeur du 4 juillet 2018, l'OAI a produit son dossier le 26 juillet 2018, lequel a été versé au dossier.

Il ressort notamment de celui-ci que, faisant suite à la demande de révision de l'assurée qui faisait valoir une péjoration de son état de santé, l'OAI a mandaté Q. _____ aux fins de réaliser une expertise neurologique afin de déterminer la capacité résiduelle de travail de la recourante, avec l'accord de celle-ci (cf. courrier de son conseil du 16 novembre 2017). Les Drs Z. _____, spécialiste en médecine interne générale, et K. _____, 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. 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 2 août 2018, les parties ont été invitées à se déterminer sur le dossier de l'OAI dans un délai échéant au 3 septembre 2018.

Par déterminations du 22 août 2018, la CNA a relevé que l'expertise ordonnée par l'OAI (médecine interne générale et neurologie) arrivait aux mêmes conclusions que celles des Drs J._____ et D._____, à savoir l'absence de déficits neurologiques et une pleine capacité de travail de la recourante dans des activités ciblées où celle-ci pourrait changer régulièrement de position, de sorte que sa décision du 1^{er} septembre 2017 était pleinement justifiée.

Par observations du 29 octobre 2018, le conseil de la recourante a indiqué à la Cour de céans que le rapport d'expertise Q._____ du 23 mars 2018 contenait des contradictions et des éléments manifestement erronés, de sorte qu'il avait contesté le projet de décision du 26 juin 2018. Il a par ailleurs indiqué avoir requis auprès de l'OAI un délai à fin novembre 2018 pour produire le rapport médical du Dr C._____, qui suit sa mandante depuis l'été 2018. Il a également produit le rapport médical établi le 12 octobre 2018 par la Dre T._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée (réd. : à la suite du départ à la retraite de la Dre L._____). Il relevait que, selon ce médecin, les douleurs de la recourante étaient facilement objectivables et entraînaient une incapacité totale de travail puisqu'elle est incapable de rester assise plus de 20 à 30 minutes en raison de douleurs permanentes. Le conseil de la recourante rapportait que sa mandante se trouvait au Portugal auprès du Dr C._____, lequel devait lui prodiguer des séances de radiofréquence ayant pour but de résoudre les douleurs provenant des nerfs coupés durant l'ablation du coccyx. Il disait être dans l'attente du rapport médical de ce médecin, sollicitait un délai supplémentaire jusqu'à fin novembre 2018 pour

produire dit rapport et confirmait les conclusions prises dans son acte de recours.

Selon le rapport de la Dre T. _____ du 12 octobre 2018, « les douleurs chroniques et invalidantes de Madame W. _____ 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, à son avis, facilement objectivable : « il suffit d'anesthésier le site où se trouvent les remaniements des nerfs coupés durant l'ablation du coccyx. » Elle estime que la recourante 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 siège), 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 T. _____, qui reçoit la recourante 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 R. _____ a proposé à l'assurée de s'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 donnait un peu d'espoir à sa patiente.

Le 7 décembre 2018, la recourante a produit le rapport médical établi par le Prof C. _____ 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 C._____ a proposé à l'assurée une intervention chirurgicale pour l'année suivante. La recourante confirme ses conclusions.

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

« Mme W._____ 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. »

Par écriture du 8 janvier 2019, l'intimée a pris position par rapport aux observations de la recourante des 29 octobre et 7 décembre 2018 et à leurs annexes en faisant préliminairement valoir que le rapport de la Dre T._____ et celui du Prof C._____ ne sauraient être pris en considération par la Cour de céans vu le procédé incorrect par lequel la recourante a obtenu la suspension de la procédure. Rappelant que l'intéressée a obtenu la suspension de la cause en disant être dans l'attente d'une expertise médicale, elle estime que les rapports produits à l'issue du délai ne sauraient être considérés comme des expertises et que la cause devrait être jugée sur la base du dossier tel qu'il ressortait au 25 mai 2018, soit juste après le dépôt de sa duplique. Sur le fond, après avoir rappelé qu'il y a lieu de considérer avec réserve les rapports médicaux émanant des médecins traitants de l'assuré, elle fait valoir, en ce qui concerne l'appréciation de la Dre T._____ selon laquelle pour objectiver

les douleurs, il suffit d'anesthésier le site où se trouvent les remaniements des nerfs coupés durant l'ablation du coccyx, qu'il s'agit d'une hypothèse, non objectivée par un examen médical et posée par un médecin sans spécialisation dans le domaine de la neurologie, de sorte qu'elle doit être écartée. Quant au rapport du Prof C._____, l'intimée relève que ce dernier 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 la recourante. Pour ce motif, il ne saurait lui non plus remettre en cause les conclusions dûment motivées des experts, étant relevé que, contrairement à ce que soutient la recourante, ce praticien ne retient ni n'objective aucune lésion du système nerveux, faisant uniquement référence à des douleurs neuropathiques chroniques.

Le 12 avril 2019, la recourante a produit le rapport médical établi par le Dr B._____, spécialiste en anesthésiologie SSAR, en traitement interventionnel de la douleur SSIPM, spécialiste de la douleur SSED ainsi qu'en hypnose médicale, 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 W._____ 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 W._____ sont objectivables :

Mme W._____ 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 W._____ et/ou dans une autre activité ?

Mme W._____ 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 W._____.

5) Le fait d'avoir enlevé le coccyx de Mme W._____ 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 W._____ ?

Mme W._____ 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. »

Faisant valoir que les conclusions du Dr B._____ contredisent celles des experts Q._____, la recourante maintient ses conclusions.

Dans ses déterminations du 6 juin 2019, l'intimée a indiqué que le rapport du Dr B._____ ne remettait aucunement en doute les conclusions des experts sur la base desquelles elle avait rendu la décision querellée. Elle relève que le Dr B._____ ne motive aucunement l'ampleur des limitations fonctionnelles qu'il retient, de sorte qu'il ne saurait être suivi. Il en va du même du caractère objectivable de la douleur dans la mesure où, comme l'explique le Dr E._____, spécialiste en neurologie et médecin d'arrondissement (dont elle produit le rapport en annexe), la seule expression de celle-ci n'est qu'un indice en faveur d'une éventuelle lésion sous-jacente, éventualité qui n'est en l'espèce pas réalisée, aucune lésion structurelle n'ayant été objectivée. L'intimée maintient ses conclusions.

Il ressort notamment ce qui suit de l'appréciation neurologique établie le 27 mai 2019 par le Dr E._____ :

« Dans son appréciation du 05.04.2019, le Dr B._____ confirme quant à lui que la symptomatologie douloureuse peut être reproduite à l'examen clinique, ce qui la rendrait objectivable. Il est surprenant pour un spécialiste en anesthésiologie de s'exprimer ainsi puisqu'il devrait être le mieux placé pour comprendre ce qu'est la douleur. En reprenant la définition de l'IASP (International Association for the Study of Pain), il est rappelé que « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à des lésions des tissus, réelles ou potentielles, ou décrites comme si ces lésions existaient ». De par cette définition, on reconnaît d'emblée le caractère essentiellement subjectif de la douleur. Sans vouloir entrer dans un discours philosophique, le fait de reproduire une douleur (p. ex. au toucher, par palpation ou par changement de position) équivaut à reproduire une réaction de la personne intéressée qui doit être interprétée étant donné qu'elle n'est qu'un indice entre autres pour une éventuelle lésion sous-jacente. Or, en l'absence de toute lésion structurelle objectivable, on peine à comprendre le caractère persistant et invalidant du trouble douloureux présenté par Mme W._____.

Le Dr B._____ estime que certains médicaments, notamment dans le but de traiter des douleurs neuropathiques n'ont pas encore été tentés. Cette affirmation n'est que partiellement étayée par les faits car Mme W._____ a été traitée p. ex. par Lyrica®, dont l'agent actif est la prégabaline, recommandée en premier lieu par la SFETD (Société française d'étude et du traitement de la douleur) pour le traitement des douleurs neuropathiques. Le dosage a été adéquat, et le taux sérique de prégabaline a été retrouvé dans la fourchette thérapeutique. Il y a certes d'autres médicaments à considérer, mais il suffit de rappeler que les experts du I._____ n'ont pas retenu une douleur neuropathique mais un syndrome douloureux chronique, terme bien moins spécifique. En effet, en relatant l'affection et les plaintes actuelles de Mme W._____, les experts n'ont fait aucune mention de symptômes plaidant en faveur d'un caractère neuropathique des douleurs (p. ex. brûlures, décharges électriques, fourmillements, engourdissements, hypoesthésie, cf. le questionnaire DN4, test de dépistage de la douleur neuropathique, dans la même publication de la SFETD.

[...]

Sur le plan des limitations fonctionnelles retenues par le Dr B._____, on peine à comprendre comment et dans quelle mesure les porte-à-faux du tronc, les rotations du tronc et les ports de charges peuvent avoir une répercussion sur la zone douloureuse au niveau du coccyx et du périnée. De plus son affirmation est contradictoire avec les avis des experts du I._____ qui n'ont retenu comme facteurs aggravants que la position assise et couchée sur le dos (Dr A.S._____) et le sexe (Prof J._____).

Le 27 juin 2019, la recourante s'est déterminée sur la prise de position de la CNA et en particulier sur l'appréciation du neurologue Dr

E._____. Pour ce faire, elle se réfère au courrier du Dr B._____ du 19 juin 2019, qui répondant aux questions du conseil de la recourante du 17 juin 2019 (1. Confirmez-vous l'existence de troubles objectivables au niveau du coccyx et du périnée ? 2. Confirmez-vous les limitations fonctionnelles décrites dans votre rapport du ?), a indiqué ce qui suit :

« **Question 1 :**

Je confirme ces troubles qui sont séquellaires à une coccygectomie effectuée en 2009, douleurs qui sont reproductibles à l'examen clinique. Le fait qu'il n'y ait pas de déficit neurologique suite à cette intervention, ni de maladie rhumatismale, ne constitue pas une preuve d'absence de lésion organique. Contrairement aux affirmations du Dr E._____ concernant le caractère non neuropathique, je relève que lors de ma première consultation, le questionnaire DN4 revenait à 10/10 ce qui est hautement suggestif d'une composante neuropathique des douleurs.

Question 2 :

Je les confirme. Elles découlent des descriptions que la patiente me fait de sa situation quotidienne au jour d'aujourd'hui. Si d'autres experts ne retiennent que la position assise ou que le sexe, cela ne correspond pas à la situation actuelle. Même si le mécanisme semble peu clair car la réalité est ce qu'elle est et Mme W._____ décrit une exacerbation des douleurs aux activités en porte-à-faux et en rotation du tronc. Pour donner plus de poids à la procédure de recours de Mme W._____, je proposerais éventuellement qu'elle soit évaluée par un autre collègue spécialiste en traitement de la douleur qui pourrait être, en terme de commodité pour la patiente, le Dr X._____ à l'Hôpital [...] [...] à [...]. »

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

Le 26 juillet 2019, l'intimée s'est déterminée sur l'écriture de la recourante du 27 juin précédent et ses annexes. Elle relève notamment, en ce qui concerne les limitations fonctionnelles attestées par le Dr B._____, qu'elles reposent sur la description que sa patiente lui a fait de sa situation actuelle. Or, il convient d'examiner le bien-fondé de la décision querellée sur la base de la situation telle qu'elle se présentait le 11 mai 2017. Ce faisant, elle considère que ce rapport médical, qui consacre des limitations fonctionnelles au regard des seules plaintes de la recourante en 2019, ne saurait remettre en cause la légalité de la décision sur la base de la situation prévalant en 2017. Elle conteste par ailleurs l'appréciation du Dr B._____ qui estime que les douleurs séquellaires à une coccygectomie effectuée en 2009 sont reproductibles à l'examen

clinique. Selon l'intimée, la reproductibilité d'une douleur à l'examen clinique ne saurait objectiver l'organicité d'une lésion dès lors que, selon le Tribunal fédéral, « sont considérés comme objectivables, les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement » (TF 8C_816/2012 arrêt du 4 septembre 2013, consid. 6). L'intimée maintient ses motifs et ses conclusions.

Le 2 septembre 2019, le conseil de la recourante a produit sa liste des opérations ainsi qu'un rapport médical établi le 22 juillet 2019 par le Dr X._____, médecin chef de la Clinique de la douleur de l'Hôpital [...], et enfin celui établi le 3 octobre 2018 par le Prof R._____ dans le cadre de la procédure de contestation devant l'OAI.

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

« Cher Maître,
Voici le compte-rendu de l'examen que j'ai pratiqué chez Madame W._____, 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 W._____ 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 conseil 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 X. _____ 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 W. _____ 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 W. _____ 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 W._____ 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.
- [...]. »

Le 11 septembre 2019, l'intimée s'est déterminée sur l'écriture de la recourante du 2 septembre 2019 et les rapports médicaux annexés. Elle a relevé qu'aucun des auteurs desdits rapports ne préconisaient de traitement propre à améliorer l'état de santé de la recourante dans le sens d'un rétablissement ou d'une amélioration de sa capacité de travail, de sorte que la stabilisation de son état de santé devait bien être confirmée. Quant au caractère neuropathique des douleurs de la recourante, que celle-ci considère comme objectivables, l'intimée a souligné que si, certes, le Prof R._____ retenait de telles douleurs sur la base du test DN4 (questionnaire regroupant 10 questions, produit en annexe), un tel test reposant uniquement sur la perception de la douleur chez un assuré, il ne saurait satisfaire à l'exigence d'observations médicales concluantes

propres à assurer l'égalité de traitements entre assurés. Par conséquent, l'octroi de prestations ne saurait intervenir sur cette base (TF 9C_405/2008 arrêt du 29 septembre 2008, consid. 3.2). L'intimée a souligné le fait que le caractère non-objectivable des douleurs de l'assurée est partagé par le Dr X._____, qui retient qu'il n'existe pas d'élément objectivable en dehors de l'hyperalgésie présente au niveau de la région sacro-coccygienne. S'agissant de l'absence de caractère objectivable de douleurs reproductibles à l'examen clinique, l'intimée s'est référée à ses déterminations du 26 juillet 2019. En définitive, elle a considéré qu'aucun indice concret ne permettait de douter du bien-fondé des conclusions des experts du I._____ et que la décision querellée devait être confirmée.

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 24 juin 2020, la CNA s'est opposée à la suspension de la cause compte tenu de la mise en œuvre d'une expertise neurologique privée, au motif que l'aspect neurologique avait été investigué à satisfaction et que la décision litigieuse ayant été rendue en 2017, de nouvelles atteintes ne sauraient être prises en compte. Par ordonnance du 7 juillet 2020, la juge instructeur a rejeté la requête de suspension par appréciation anticipée des preuves.

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 ainsi qu'une nouvelle liste des opérations.

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-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi

fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C_719/2016 du 1^{er} mai 2017 consid. 2).

Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à

la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2).

c) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents à fixer à dire de justice ainsi que son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

d) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

3. a) La recourante fait grief à l'intimée de ne pas avoir attendu d'être en possession du rapport médical qu'elle entendait produire en procédure d'opposition avant de rendre la décision querellée et d'avoir ainsi violé son droit d'être entendue.

b) Le droit d'être entendu, tel qu'il est garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101), comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou, à tout le moins, de s'exprimer sur son résultat lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. A lui seul, l'art. 29 al. 2 Cst. ne confère pas le droit d'être entendu oralement, ni celui d'obtenir l'audition de témoins. La jurisprudence admet que le droit d'être entendu n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient pas l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

c) En l'occurrence, la recourante a bénéficié de trois prolongations de délai pour produire le rapport du Dr F. _____ qu'elle annonçait. L'intimée a rendu la décision sur opposition après avoir reçu une quatrième demande de prolongation de délai, en expliquant qu'elle estimait que l'instruction était complète. Au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, on ne voit pas en quoi l'intimée aurait violé le droit d'être entendue de la recourante, étant relevé qu'elle n'a pas produit de nouveau rapport médical du Dr F. _____ en procédure de recours non plus. La Cour de céans souligne par ailleurs qu'après avoir accordé à la recourante plusieurs prolongations de délai pour déposer une expertise médicale, le juge instructeur a accepté de suspendre la cause jusqu'au 1^{er} octobre 2018, toujours en vue de la production par la recourante d'une expertise médicale comme l'indiquait Me Duc dans son courrier du 25 juin 2018 (courrier du Tribunal du 9 juillet 2018). Or, après plus de quatre mois, seule une appréciation du médecin traitant de l'assurée, la Dre T. _____, de moins de deux pages a été produite, puis, quelque cinq semaines plus tard, un rapport médical de son médecin traitant au Portugal et enfin, le 2 septembre 2019, en même temps que la liste des opérations, deux rapports émanant respectivement du Prof R. _____, daté du 3 octobre 2018, chirurgien traitant de la recourante, et du Dr X. _____, daté du 22 juillet 2019.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Il suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3)

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité ; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées).

L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue en outre ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident.

b) Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessant dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

Conformément à l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée. Selon l'art. 7 al. 1 LPGA, 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 est réputée incapacité de gain, 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. L'art. 7 al. 2 LPGA précise que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et qu'en outre, il y a incapacité de gain uniquement si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Pour établir si on peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il surmonte par ses propres efforts les répercussions négatives de ses problèmes de santé et exerce une activité lucrative et, partant, réalise un revenu, il faut se placer d'un point de vue objectif. L'élément déterminant n'est donc pas la perception subjective de l'intéressé, mais de savoir si on peut objectivement attendre de lui qu'il surmonte ses limitations et exerce une activité lucrative en dépit de ses problèmes de santé (ATF 135 V 215 consid. 7.2 et les références citées).

5. Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à 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).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

6. Les atteintes à la santé à prendre en considération dans l'examen du droit à une rente d'invalidité en matière d'assurance-accidents notamment peuvent être d'ordre somatique ou de nature psychique (et autres affections psychosomatiques assimilées).

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2), soit tous les syndromes sans pathogénèse claire et sans constat de déficit organique (ATF 141 V 281 consid. 6 et 10.2). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7).

b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une

comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées).

7. a) Aux termes de la décision attaquée, l'intimée s'est fondée sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) du 26 janvier 2016 du Prof J._____ et de la Dre D._____, avec le consilium rhumatologique du Dr A.S._____ et le consilium psychiatrique du 22 janvier 2016 du Dr G._____ pour considérer que la capacité de travail de la recourante était totale dans une activité lui permettant de changer régulièrement de position et lui allouer une rente d'invalidité de 10 %.

b) Les experts neurologues rappellent 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 que par les douleurs, qui ont une répercussion sur sa vie de couple car les rapports sexuels aggravent les symptômes. 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. J._____ et la Dre D._____ retiennent comme diagnostic un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne. Pour sa part, le Dr A.S._____ 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 G._____, 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 G. _____), 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.

c) La recourante conteste la valeur probante de l'expertise, soutenant qu'elle contient des contradictions intrinsèques et que ses 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, soit le rapport du 12 octobre 2018 de son nouveau médecin traitant, la Dre T._____, le rapport établi le 22 octobre 2018 par le Prof C._____, le rapport établi le 5 avril 2019 à l'attention de Me Duc par le Dr B._____, le rapport établi le 3 octobre par le Prof R._____ ainsi que le rapport établi le 22 juillet 2019 par le Dr X._____.

da) A titre liminaire, la Cour de céans rappelle que les reports successifs de la date à laquelle la recourante entendait déposer ses observations ont tous été motivés par le fait qu'elle devait se prêter à de nouveaux examens spécialisés, notamment en neurologie, dans le cadre d'une procédure de révision mise en oeuvre par l'Al. Or, l'assurée n'a produit aucune nouvelle pièce médicale à l'appui de ses observations du 1^{er} mai 2018 alors que son conseil indiquait dans sa requête de prolongation de délai du 15 mars 2018 avoir finalement reçu un rapport d'expertise neurologique qui devait avoir une importance non négligeable dans la présente procédure. En renonçant à produire ce dernier à l'appui de ses observations, la recourante laisse penser que ce rapport d'expertise n'a pas amené d'élément nouveau.

Par ailleurs, les rapports médicaux produits par la recourante, lesquels émanent soit des médecins qui l'ont suivie depuis l'événement de janvier 2009, soit de spécialistes qu'elle a consultés après que l'intimée a rendu sa décision sur opposition, n'ont pas de valeur probante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. Ils ne contiennent pas d'anamnèse, ne reposent que partiellement sur un examen clinique et certains ne comportent pas même de diagnostic au sens de la CIM-10 (avis médical du Prof C._____). Dans son rapport médical du 22 octobre 2018, le Prof C._____ ne fait qu'y 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

améliorant sensiblement sa capacité de travail (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 (pièce 334, p. 11 et 12). Finalement, contrairement à ce que rapporte la partie recourante dans son courrier du 7 décembre 2018, si le Prof. C._____ fait effectivement référence à des douleurs neuropathiques chroniques qu'il entend traiter par neurotomie, il ne retient ni n'objective aucune lésion du système nerveux de cette dernière.

Il y a lieu de relever que l'ensemble des rapports médicaux produits par la recourante sont de simples appréciations médicales qui diffèrent dans leurs conclusions de celles résultant de l'expertise pluridisciplinaire du 26 janvier 2016 ; leurs conclusions se fondent uniquement sur les plaintes exprimées par la recourante sur sa situation médicale, au surplus au moment où ces rapports médicaux ont été établis, soit en 2018 et 2019, alors que la décision sur opposition se réfère à la situation médicale telle qu'elle prévalait en mai 2017. Au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; TF, arrêt I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4 et les arrêts cités), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. La recourante n'établit toutefois pas que cela serait le cas en l'espèce. En particulier, on ne saurait la suivre lorsqu'elle soutient que l'ensemble des médecins qu'elle a consultés auraient conclu à une incapacité totale de travailler. Au surplus, la Cour de céans relève que l'avis médical de la Dre T._____, 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 B._____, alors que l'OAI avait mandaté ce spécialiste du traitement de la douleur pour

examiner ce point. Ce dernier médecin, tout comme le Dr X._____, 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 R._____ 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 asséurologique, 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 ; TF arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b).

db) Pour le surplus, il y a lieu de rejeter les griefs de la recourante relatifs aux prétendues contradictions intrinsèques de l'expertise pluridisciplinaire du 26 janvier 2016. S'agissant du caractère

intermittent et de l'importance des douleurs ressenties par la recourante, les experts ont tenu compte de douleurs continues et d'intensité variable. S'agissant plus particulièrement de l'intensité de celles-ci, le Dr G. _____ relève que le taux plasmatique du Dafalgan® contraste avec les déclarations de l'expertisée concernant la prise quotidienne d'une dose importante de cet anti-douleur et laisse planer quelques doutes quant à la sévérité réelle de ses symptômes (pièce 343, p. 15). Les Drs D. _____ et J. _____ ont également partagé cet avis puisque, s'ils ont retenu qu'une réduction de la médication antalgique pourrait s'avérer utile, ils ont pondéré leur appréciation au vu des dosages sériques des antalgiques qui ont été retrouvés dans les limites inférieures des taux thérapeutiques (pièce 334, p. 11). Il apparaît dès lors bien que ni l'intensité des douleurs vécues par la recourante, ni la consommation de médicaments à but antalgique ne saurait fonder des limitations fonctionnelles, respectivement une incapacité de gain comme elle le soutient.

En ce qui concerne les prétendues contradictions dans les propos du Dr G. _____, il paraît utile de rappeler que cet expert médical reconnu par la SIM a retenu, en définitive, un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques au sens de la CIM-10, lequel n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ainsi, l'effort pour surmonter les symptômes non expliqués par un processus physiologique reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à 100 %, au plan psychique (pièce 343, p. 15). Dès lors que ce diagnostic est parfaitement motivé, le psychiatre expliquant notamment que la recourante dispose de bonnes ressources personnelles, que les symptômes ne se retrouvent pas dans tous les domaines de la vie selon l'anamnèse et qu'au surplus ils sont apparus dans un contexte psychosocial de stress, on ne saurait voir de contradiction dans l'expertise du Dr G. _____, dont les conclusions, comme celles de ses co-experts, sont détaillées, bien motivées et par conséquent convaincantes. Par ailleurs, elles sont corroborées par celles des experts Q. _____, qui ont rendu leur rapport le 23 mars 2018 sur mandat de l'OAI et confirmaient 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 valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 26 janvier 2016 est également attestée par l'appréciation neurologique du Dr E. _____ du 27 mai 2019 selon laquelle, contrairement à ce qu'affirme le Dr B. _____, la seule reproduction de la symptomatologie douloureuse à l'examen clinique ne saurait objectiver celle-ci en l'absence de toute lésion organique. Quant aux traitements proposés par ce dernier, à savoir, d'une part, médicamenteux et, d'autre part, par optimisation du traitement par neuromodulation, le Dr E. _____ constate le caractère non-neuropathique des douleurs de l'assurée. En présence d'un syndrome douloureux chronique d'origine indéterminée, déjà traité par Lyrica® et par de multiples interventions qui se sont révélées inefficaces, aucune de ces deux pistes ne sauraient selon lui être retenues.

En conclusion, il y a lieu de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise pluridisciplinaire sur laquelle l'intimée s'est fondée pour considérer que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans des activités permettant les changements fréquents de position.

e) Au surplus, on relèvera que l'état de santé psychique de l'assurée semble s'être aggravé postérieurement à la décision litigieuse, le Prof. R. _____ évoquant fin 2018 un état dépressif. Le juge des assurances sociales appréciant la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, cette aggravation n'a dès lors pas à être prise en compte dans la présente procédure.

A cet égard, il convient également de rappeler que l'expert psychiatre n'a retenu aucune atteinte invalidante sur le plan psychique, de sorte que la question de la causalité adéquate ne se pose pas.

Par surabondance, il convient de constater que l'accident peut être qualifié de peu de gravité (chute de trois marches dans un escalier avec réception sur les fesses). Or, le caractère adéquat du lien de

causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est de peu de gravité, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). La solution ne serait pas différente en retenant un accident de gravité moyenne, seul le critère des difficultés apparues en cours de la guérison pourrait être retenu, car les douleurs physiques persistantes, si elles sont ressenties par la recourante, ne sont pas confirmées objectivement par des observations médicales concluantes. De même, à dire d'expert, les atteintes à la santé physique ne justifiaient pas une incapacité de travail de longue durée.

8. Reste à examiner si le degré d'invalidité de 10 % reconnu par l'intimée, compte tenu de la capacité totale de travail de la recourante dans une activité adaptée, est correct.

a) A titre liminaire, on notera que selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (cf. ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 et 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

Il est donc admissible d'évaluer l'invalidité du recourant indépendamment de l'appréciation émise en matière d'assurance-invalidité, étant relevé que, dans le cas présent, l'OAI a retenu un degré d'invalidité inférieur à celui calculé par l'intimée (5 % au lieu de 10 %).

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, et ainsi le montant de la rente, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (cf. art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus, avec et sans invalidité, et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et 130 V 343 consid. 3.4 ; TF 9C_163/2017 du 2 mai 2017 consid. 3.1).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent alors être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid. 4.1 et 4.2).

c/aa) Pour fixer le revenu d'invalide, on se fondera sur un revenu hypothétique lorsque l'assuré ne met pas – ou pas pleinement – à profit sa capacité de travail après l'accident. Dans ce cas, la jurisprudence a dégagé deux méthodes d'évaluation du revenu d'invalide, entre lesquelles le Tribunal fédéral a renoncé à donner la préférence ; la première se fonde sur les données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tandis que la seconde repose sur les données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) récoltées par la CNA (ATF 135 V 297 consid. 5.2 ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 et les références citées). Selon la jurisprudence, la détermination du revenu d'invalide sur la base des données salariales résultant des DPT suppose, en sus de la production

d'au moins cinq DPT, la communication du nombre total des postes de travail pouvant entrer en considération d'après le type de handicap, ainsi que du salaire le plus haut, du salaire le plus bas, et du salaire moyen du groupe auquel il est fait référence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.2).

c/bb) En l'occurrence, la recourante n'a formulé aucun grief sur la question du calcul du degré d'invalidité. Cela étant, il suffit de retenir que, comme l'exige la jurisprudence, l'intimée a déterminé le revenu d'invalidé sur la base des données salariales résultant de cinq DPT, qu'elle a en outre fourni la liste des DPT existantes et que son calcul ne prête pas le flanc à la critique. Le bien-fondé du choix des DPT opéré par l'intimée doit être examiné uniquement à la lumière des lésions se trouvant en lien de causalité avec l'accident de janvier 2009. Or, il convient de constater que dans le choix des DPT, la CNA a pris en compte la nécessité d'une activité respectant les limitations fonctionnelles de la recourante, soit permettant de fréquents changements de position.

d) La décision sur opposition est ainsi bien fondée en ce qui concerne le droit à une rente d'invalidité.

9. a) La recourante reproche également à l'intimée de lui avoir nié le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).

b) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Selon l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie ; elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. A teneur de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestations en capital ; elle ne doit

pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité.

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, du 18 août 1976, *in* : FF 1976 III p. 171). Elle ne sert pas à réparer les conséquences économiques de l'atteinte, qui sont indemnisées au moyen d'une rente d'invalidité, mais joue le rôle d'une réparation morale. Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références citées). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR] vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, p. 998 n. 311). Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 133 V 224 consid. 5.1 ; ATF 115 V 147 consid. 1 ; ATF 113 V 218 consid. 4b ; TF 8C_812/2010 du 2 mai 2010 consid. 5.2).

Une atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 al. 1 LAA consiste généralement en un déficit corporel - anatomique ou fonctionnel -, mental ou psychique. La gravité de l'atteinte, dont dépend le montant de l'indemnité, se détermine uniquement d'après les constatations médicales. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'IPAI est échelonnée selon la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (ATF 115 V 147 consid. 1 et 113 V 218 consid. 4b et les références citées).

L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème - reconnu conforme à la loi et non exhaustif - des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent (ATF 124 V 29 consid. 1b, 113 V 218 consid. 2a). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En vue d'une évaluation encore plus affinée de certaines atteintes, la Division médicale de la CNA a établi des tables d'indemnisation. Ces tables n'ont pas valeur de règle de droit et ne sauraient lier le juge. Dans la mesure, toutefois, où il s'agit de valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc ; ATF 116 V 156 consid. 3a ; RAMA 1998 n° U 296 p. 235, U 145/96 consid. 2a).

c) En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du I. _____ ont bien examiné la question de l'octroi de l'IPAI et ont conclu que celle-ci était sans objet d'un point de vue neurologique, rhumatismal et psychiatrique. Leur réponse, compte tenu de leur appréciation globale de la situation médicale de la recourante qui conclut à une pleine capacité de travail dans une activité permettant le changement de position, est convaincante. Cela étant, le refus de l'intimée d'octroyer une IPAI à la recourante doit également être confirmé.

10. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque

cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

En l'espèce, la Cour de céans ayant été en mesure de statuer sur la base des éléments médicaux figurant au dossier, la requête d'expertise pluridisciplinaire s'avère inutile et doit être rejetée. Il en va de même de l'audition de son époux ou d'une nouvelle suspension de la cause pour produire une expertise neurologique.

11. a) En conclusion, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) 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 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

da) En l'espèce, par décision du juge instructeur du 6 juillet 2017, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 12 juin 2017 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc (art. 118 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Duc a déposé une première liste des opérations le 3 septembre 2019 et une seconde lors de l'audience du 15 septembre 2020, laquelle fait état de 36 heures et 35 minutes de prestations pour lesquelles il réclame un montant de 6'844 fr. 50. Dite liste des opérations comprend notamment des débours. Il convient toutefois sur ce dernier point d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par ailleurs, on relèvera qu'entre la première version et la seconde des listes des opérations produites, Me Duc a rajouté 2 heures pour la rédaction du recours. Il ressort toutefois de la seconde liste des opérations que l'avocat Jean-Michel Duc n'en a accompli que 4 heures et 20 minutes sur les 36 heures et 35 minutes comptabilisées, le reste des opérations ayant été effectué par ses trois consœurs avocates au sein de la même étude, Me Estelle Marguet, stagiaire en l'étude de Me Duc et titulaire du brevet depuis le 11 octobre 2017, Me Marine Girardin et Me Marine Dugon, actuellement Me Saint Leger.

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]) – ce qui est le cas pour opérations effectuées par Me Marguet du 12 juin 2017 au 10 octobre 2017 -, 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 Me Marine Saint Leger, ainsi que Me Marguet à compter du 10 octobre 2017, 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 convient exceptionnellement de la prendre en considération. 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.

db) Ceci étant, la note d'honoraires de Me Duc produite le 15 septembre 2020 doit être rectifiée en ce sens que, d'une part les opérations effectuées par Me Marguet jusqu'au 10 octobre 2017 doivent être facturées au tarif horaire de 110 fr. dès lors qu'elle avait durant cette période le statut d'avocate-stagiaire, d'autre part que les heures effectuées par les secrétaires de l'étude ([...], [...] et [...]) ne sauraient être comptabilisées puisqu'elles sont déjà comprises dans le forfait des débours, enfin que les opérations facturées qui ne sont pas liées à la présente procédure (opérations des 17 juillet, 7 et 14 décembre 2017, 26 avril, 9, 16 et 18 mai [courrier à [...]], 4 juin, 18 et 22 octobre [courrier

relatif à la « prescription » adressé au Dr F. _____] et 29 novembre 2018, 28 février [courrier adressé à l'Hôpital de [...]], 18 mars, 27 juin [courrier à A. _____], 2 juillet, 16 octobre [quatre courriers concernant « la prescription »], et 18 novembre 2019) doivent elles aussi être retranchées. Cela étant, on peut retenir que Me Duc a effectué 4 heures et 10 minutes à 180 fr. de l'heure, que Me Marquet a effectué 5 heures et 15 minutes à 110 fr. de l'heure, auxquelles s'ajoutent 6 heures 40 à 180 fr. de l'heure, que Me Dugon a effectué 13 heures et 30 minutes à 180 fr. de l'heure et que Me Girardin a effectué 35 minutes à 180 fr. de l'heure. Compte tenu d'une TVA de 8 % prévalant jusqu'au 31 décembre 2017, d'une TVA de 7, 7 % à compter du 1^{er} janvier 2018, les honoraires proprement dits se montent à 6'167 fr. 80 (1'660 fr. 50 [TVA à 8 %] + 4'507 fr. 30 [TVA à 7, 7 %]) auxquels s'ajoute le forfait de 5 % (hors taxe ; cf. art. 3 bis al. 1 RAJ), soit 266 fr. 90. Ainsi, le montant final dû au titre de rémunération de l'avocat d'office s'élève à 6'434 fr. 70.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 11 mai 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Jean-Michel Duc, conseil d'office de la recourante, est arrêtée à 6'434 fr. 70 (six mille quatre cent trente-quatre francs et septante centimes), débours et TVA compris.
- V. L'indemnité d'office allouée est provisoirement supportée par le canton, la subrogation de l'Etat de Vaud demeurant réservée.
- VI. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

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),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, 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 :