

## VD\_FINDINFO AI 307/19-345/2020 vom 15. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_307\\_19-345\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_307_19-345_2020)

FR: VD\_FINDINFO AI 307/19-345/2020 du 15 septembre 2020

IT: VD\_FINDINFO AI 307/19-345/2020 del 15 settembre 2020

### Regeste

ADMISSION DE LA DEMANDE, DÉCISION DE RENVOI, MESURE D'INSTRUCTION{ASSURANCE SOCIALE} | 28 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Erwägungen

#### E. 18

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

non plus. Je peux en tout cas témoigner que la patiente a beaucoup mis d'elle-même pour suivre ses différents traitements. Le suivi conjoint par un psychiatre avait été évoqué, mais la patiente n'en voyait pas l'utilité. Elle n'a pas non plus présenté les critères d'une dépression. Elle ne présente pas de dépendance ni de consommation problématique d'alcool. Elle ne nie pas le stress engendré par sa situation et l'expertise en cours, s'inquiétant "normalement" pour son avenir. Pour information, en plus de mon titre de méd-int. FMH, je suis porteuse du titre AFC de médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP, avec en complément une formation à la TCC (membre ordinaire de l'ASPCo) et d'hypnose (membre de l'IRHyS). Je suis aussi porteuse du titre AFC de médecine manuelle (SAMM).

Sur le plan de l'organisation de sa vie quotidienne, Mme L. \_\_\_\_\_ s'occupe de ses enfants, sa fille de 11 ans maintenant et son fils actuellement au gymnase en dernière année. Elle est mariée, son mari travaille à plein temps. Elle fait de petites activités ménagères chez elle, doit limiter par exemple le repassage à 20 minutes. Elle ne peut porter les commissions et se fait aider par son fils et son mari pour les achats plus lourds. Elle les accompagne pour choisir les achats. L'après-midi elle se repose en position couchée plus supportable, Le soir, elle est également plus confortable en position étendue sur un divan pour regarder la TV. Lorsqu'elle vient consulter au cabinet, elle attend généralement debout et lorsqu'elle est assise en consultation, elle bouge souvent pour trouver une position plus acceptable. Quand je lui fais remarquer qu'elle bouge tout le temps, elle me dit qu'elle ne s'en rend plus compte. Elle ne supporte pas les longs trajets en voiture et s'arrange dans ce cas-là pour être passagère à l'arrière où elle est à moitié étendue. Elle ne supporte pas les vibrations et freinages/accélération des transports publics. Elle arrive mieux à trouver une position par ex dans un train où il y a moins d'acoups intempestifs. Pour stimuler sa marche, elle promène son petit chien en général 1/2h/jour, et 1x/semaine en général, elle fait une promenade d'une heure avec sa famille, avec des arrêts. Quant aux possibilités de travail dont nous avons très souvent discuté, nous n'avons pas identifié jusqu'à ce jour une activité qui soit compatible avec ses recherches de position antalgique et sa fatigue (également médicamenteuse), sans compter ses restrictions de lever des charges et sa difficulté dans les transports. En plus elle est facilement hypotendue et a déjà eu des sentiments de vertiges en position debout un peu plus prolongée. Elle se plaint souvent de trouble de concentration voire de mémoire, effets secondaires fréquents des médicaments qu'elle prend. Comme diagnostic, j'ai retenu une fracture déplacée du coccyx, compliquée d'une pseudarthrose avec des interventions chirurgicales successives. Dans les suites, douleurs complexes neurogènes, incontinence urinaire et dyspareunie. Diagnostic sans impact sur l'incapacité de travail : Hépatite B inactive calme. L'arrêt de travail définitif a eu lieu après les opérations de 2013, les douleurs étant devenues insupportables pour permettre une activité nécessitant de la concentration et de la dextérité et la fatigue liée aux médicaments trop importante. Dans l'état actuel je doute que la patiente puisse trouver une activité lucrative compatible avec ses limitations et son traitement. » Dans un avis du 9 mai 2018, le SMR relevait notamment ce qui suit (sic) : « Jeune assurée de 44 ans, mariée et mère de deux enfants. Elle travaillait comme ouvrière de production chez I. \_\_\_\_\_ jusqu'en 2009. Elle est au bénéfice d'une demi-rente (50%) depuis 2010 suite à un accident ayant entraîné une fracture du coccyx en 2009 avec atteinte du nerf pudendaux. Il s'agit d'une révision pour aggravation. L'assurée a demandé une révision pour aggravation estimant comme son médecin traitant qu'aucune activité professionnelle n'est plus possible pour elle depuis son accident du fait des douleurs. Etant donné son âge et le fait que les données médicales objectives motivant une CT nulle en toute activité ne sont pas fournies dans le dossier, une expertise de

médecine interne et de neurologie a été demandée par le SMR et réalisée par le R. \_\_\_\_\_ (Dresse N. \_\_\_\_\_ et Dr G. \_\_\_\_\_) en octobre 2017 et en janvier 2018 (neurologie). A l'issue d'une étude complète du dossier fourni, une anamnèse soigneuse prenant en considération les plaintes de l'expertisée et un examen pour chacun des deux spécialistes le consensus des experts retient une pleine capacité de travail, y compris dans la dernière activité habituelle d'opératrice de production. La plainte principale exprimée est en fait l'asthénie permanente qui impose des périodes de sieste régulières. Les experts notent que l'asthénie est très probablement liée au traitement antalgique pris (de palier II, posologie élevée à 300mg de Lyrica par jour) et qu'il existe manifestement une autolimitation de la personne assurée. L'assurée conduit seule et peut se rendre en vacances au Portugal (deux heures d'avion). Les seules limitations fonctionnelles objectives à l'examen sont la station assise permanente de plus d'une heure (limitation orthopédique), la montée sur des échelles ou équivalents ou la conduite de machines (limitations liées à la prise de médicament antalgique). Pour le reste les experts concluent à des autolimitations et notent que l'assurée tire des bénéfices secondaires de sa situation pour laquelle elle obtient le soutien de toute la famille. Il existe des différences d'anamnèse liées aux réponses parfois subjectives de l'assurée aux différents experts. Pour la médecine interne le déficit objectif est jugé faible, l'examen ne montrant qu'un syndrome douloureux subjectif. Au plan neurologique, le status montre l'absence de déficit moteur et sensitif, sans limitation neurologique dans l'activité habituelle, ce qui confirme l'expertise neurologique de 2016. Il n'y a pas d'indices en faveur d'une fibromyalgie. Sur le plan interdisciplinaire la capacité de travail reste de 100%. Devant une expertise bien conduite et motivée il n'y a pas de raison objective pour s'écarter des conclusions des experts, d'autant plus que celles-ci rejoignent totalement celles des experts en 2016 (médecine interne, neurologie et psychiatrie). Nous admettons donc une CT entière dans toute activité adaptée, ce qui inclut l'activité habituelle d'opératrice, sous réserve de la possibilité d'alternance des positions chaque heure assise. » Se fondant sur le rapport d'expertise bidisciplinaire précité, l'OAI a, par projet de décision du 28 juin 2018, supprimé la demi-rente d'invalidité allouée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 à la recourante. Le 4 septembre 2018, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI du 26 juin 2018 supprimant sa demi-rente en faisant valoir que le rapport d'expertise R. \_\_\_\_\_ contenait des contradictions et des erreurs. Elle alléguait être incapable de travailler à 100 % en raison des douleurs et que les médicaments l'empêchaient de rester éveillée et de se concentrer. Elle indiquait que « face à des experts et des médecins incapables de déceler l'origine de ses souffrances » elle avait récemment été examinée par le Prof S. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste « réputé mondialement », lequel serait parvenu à trouver l'origine de ses souffrances et lui aurait proposé une opération qui devrait avoir lieu au mois d'octobre suivant. Elle sollicitait également la mise en œuvre d'une nouvelle expertise à confier à un spécialiste en pharmacologie et en addictologie. Selon le rapport de la Dre A. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, du 12 octobre 2018, « les douleurs chroniques et invalidantes de Madame L. \_\_\_\_\_ sont en premier lieu à l'origine de l'état dépressif et de l'épuisement physique et psychique ». Ces douleurs sont apparues après son opération d'ablation du coccyx en septembre 2009. Ceci est, de l'avis du médecin traitant, facilement objectivable : « il suffit d'anesthésier le site où se trouvent les remaniements des nerfs coupés durant l'ablation du coccyx. » Elle estime que l'assurée est en incapacité totale de travail, sa patiente étant incapable de rester assise « plus de 20 – 30 min (la durée dépend du type de la siége), car ses douleurs, qui sont permanentes indépendamment de la position, s'aggravent de façon importante en position

assise. » Relevant que les spécialistes ne proposent pas de traitement efficace pour faire disparaître les douleurs et que les antalgiques ont été inefficaces, la Dre A. \_\_\_\_\_, qui reçoit l'assurée à sa consultation une fois par mois, indique proposer à sa patiente des traitements psychothérapeutiques qui semblent la soutenir, en relevant qu'un état douloureux chronique est très « dur à vivre ». Enfin, elle indique que, dernièrement, le Prof X. \_\_\_\_\_ a proposé à l'assurée de l'adresser à un centre de la douleur et à un psychiatre, car lui-même ne peut proposer de prise en charge et qu'un « spécialiste de la douleur » au Portugal propose une prise en charge par radiofréquence, ce qui donne un peu d'espoir à sa patiente. Le 7 décembre 2018, l'assurée a produit le rapport médical établi par le Prof S. \_\_\_\_\_ le 22 octobre précédent, accompagné d'une traduction en français. Elle fait valoir que, selon ce spécialiste, elle souffre de douleurs neuropathique chroniques, incapacitante et invalidantes, que l'origine de ses douleurs provient donc d'une lésion de son système nerveux et qu'il s'agit d'une atteinte organique et non pas fonctionnelle. Elle indique avoir eu une séance de radiofréquences le 29 octobre 2018 dans la région sacro-coccygienne et coccygienne, qui a été très douloureuse et n'a pas amené les résultats escomptés, étant précisé qu'il faut attendre en général environ trois mois avant que les douleurs diminuent. Si dites douleurs devaient perdurer, le Dr S. \_\_\_\_\_ a proposé à l'assurée une intervention chirurgicale pour l'année suivante. Le rapport du Prof S. \_\_\_\_\_, directeur de l'institut de chirurgie reconstructrice de [...], dans sa version française, a la teneur suivante : « Mme L. \_\_\_\_\_ a été observée pour la première fois en consultation le 24 juillet 2018 avec un état de douleur neuropathique chronique, incapacitante et invalidante, faisant référence à cinq interventions chirurgicales antérieures pour le traitement de séquelles de l'exérèse du coccyx après une fracture de cette structure. Face à des affections douloureuses, résistantes aux médicaments qu'elle prend régulièrement (habituel pour la douleur neuropathique) et à l'application d'une stimulation électrique (elle possède deux stimulateurs électriques appliqués aux racines nerveuses sacrées), il est nécessaire d'intervenir de manière élective pour soulager les douleurs. Il convient de noter qu'il existe des troubles de défécation, des douleurs périnéales du mouvement pelvien, des douleurs vaginales, des troubles urinaires et parfois des douleurs irradiantes vers le bassin et la racine des cuisses. De cette façon, un protocole thérapeutique, chirurgical et médicamenteux est initié, en commençant par une phase de neurotomie avec radiofréquence aux points spécifiques sacro-coccygien et par-coccygien. » Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a proposé, dans un avis SMR du 14 janvier 2019, que l'assurée soit vue par un spécialiste d'un Centre de la douleur de son choix afin qu'il vérifie l'hypothèse avancée par la Dre A. \_\_\_\_\_ et qu'il se prononce sur la pertinence du traitement par Lyrica® à forte posologie. Le 25 mars 2019, l'OAI a requis du Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie SSAR, en traitement interventionnel de la douleur SSIPM, spécialiste de la douleur SSED ainsi qu'en hypnose médicale, qu'il lui envoie son rapport médical après la consultation du 4 avril 2019, qu'il le renseigne en sus sur la pertinence du traitement actuel (Lyrica® à forte posologie), qu'il évalue les conséquences de ce traitement sur la capacité de travail liée aux effets secondaires (asthénie) et qu'il donne son avis sur les éventuels effets bénéfiques du traitement débuté au Portugal. Le 12 avril 2019, la recourante a produit le rapport médical établi par le Dr E. \_\_\_\_\_ à l'adresse de Me Duc le 5 avril 2019, qui, répondant aux questions du conseil de la recourante, a la teneur suivante : « Cher Maître, Je vous remercie pour votre courrier que j'ai bien reçu et en vertu de la procuration signée par Mme L. \_\_\_\_\_ me déliant de mon secret professionnel, voici comment je peux répondre à vos questions : 1) Diagnostic : Douleurs sacrées et périnéales status après fracture du

coccyx et coccygectomie chirurgicale. 2) Est-ce que les troubles dont souffre Mme L. \_\_\_\_\_ sont objectivables : Mme L. \_\_\_\_\_ présente des douleurs qui font suite à sa chute en 2009 avec une fracture du coccyx qui ne se sont pas améliorées avec différents traitements, notamment une chirurgie d'exérèse du coccyx. L'examen clinique permet de reproduire la symptomatologie douloureuse de manière nette. En ce sens, on peut considérer que les troubles sont objectivables. 3) Pouvez-vous confirmer l'existence d'une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de Mme L. \_\_\_\_\_ et/ou dans une autre activité ? Mme L. \_\_\_\_\_ présente des facteurs aggravant sa symptomatologie, notamment la position assise, les activités en porte-à-faux en rotation du tronc et les ports de charge. Au vu de ce qui précède, je considère son incapacité comme étant totale dans l'activité d'opératrice en production. Dans une autre activité, pour autant qu'elle existe, qui tienne compte de ses limitations fonctionnelles, on pourrait considérer qu'un travail lui permettant de rester debout, évitant les porte-à-faux du tronc, les rotations du front et les ports de charge, pourrait être considéré. Je me pose néanmoins la question à quel type d'activité cela pourrait correspondre. 4) Est-ce que le fait d'avoir enlevé le coccyx est la cause de ses douleurs ? Il est important de noter que la symptomatologie douloureuse préexistait à l'intervention chirurgicale et que c'est la persistance de ces douleurs, ainsi que, semble-t-il, un défaut de consolidation de la fracture qui a motivé la chirurgie. Cette dernière n'a toutefois pas amélioré les symptômes douloureux et ils se sont même aggravés avec le temps. Donc la chirurgie n'est pas à elle seule la cause des symptômes douloureux de Mme L. \_\_\_\_\_. 5) Le fait d'avoir enlevé le coccyx de Mme L. \_\_\_\_\_ constitue-t-il une violation des règles de l'art Non. 6) Quels sont les traitements envisageables pour améliorer l'état de santé de Mme L. \_\_\_\_\_ ? Mme L. \_\_\_\_\_ a déjà bénéficié d'une prise en charge large, multidisciplinaire et multimodale. De la 1<sup>ère</sup> consultation, j'ai pu ressortir que certains médicaments, notamment dans le but de traiter les douleurs neuropathiques n'ont pas encore été tentés. L'optimisation du traitement de neuromodulation est également une piste qui sera explorée. 7) Quel est votre pronostic ? Après une consultation, je ne peux pas me prononcer mais, au vu de la durée depuis le début des symptômes, le pronostic demeure réservé. » Le Dr Q. \_\_\_\_\_ du SMR a indiqué, dans un avis du 17 mai 2019 faisant suite à la réception du rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 13 mai précédent, que ce dernier n'amenait pas de motif médical permettant de s'éloigner des conclusions des deux rapports d'expertise. Il relevait que le Dr E. \_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur le diagnostic de la Dre A. \_\_\_\_\_ ni sur la pertinence du traitement antalgique, que le rapport reprenait l'existence de douleurs limitant les positions, qu'il ne contenait pas de diagnostic ni d'indication sur la capacité de travail de l'assurée. Il rappelait que, dans le cadre de la procédure de révision, une expertise bi-disciplinaire de médecine interne et neurologie avait été demandée pour faire le point sur la situation de santé de l'assurée et son exigibilité dans une activité adaptée à son tableau clinique de douleurs sacro-périnéales persistantes. A la suite des conclusions des experts, une pleine capacité de travail avait été retenue et un projet de décision dans ce sens avait été adressé à l'assurée le 28 juin 2018, laquelle avait contesté cette décision (suppression de la demi-rente). Il exposait encore que, dans son avis médical précédent, il avait demandé une consultation d'antalgie auprès d'un spécialiste afin de confirmer le diagnostic évoqué par le neurologue Dr A. \_\_\_\_\_ et de se prononcer sur la pertinence du traitement antalgique et de sa répercussion éventuelle sur l'exigibilité. S'il avait bien reçu le rapport du Dr E. \_\_\_\_\_ du 13 mai 2019, il devait constater que celui-ci ne s'exprimait sur aucun des deux points mentionnés. Le Dr Q. \_\_\_\_\_ relevait en outre que dit rapport reprenait la situation

connue et expertisée par R. \_\_\_\_\_, avec les douleurs sacro-coccygiennes qui limitent les positions assises ou debout prolongées, les « porte à faux » du tronc et le port de charges, sans autre apport médical objectif nouveau. Enfin, il observait que le médecin consulté ne se prononçait notamment pas sur un diagnostic ni sur une capacité de travail. En conséquence, il n'existait pas d'éléments objectifs produits permettant au SMR de s'écarter des conclusions antérieures, qui reposent sur une double expertise motivée. Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a confirmé sa décision de supprimer la demi-rente d'invalidité de l'assurée. C. Par acte de son conseil, Me Jean-Michel Duc du 13 septembre 2019, L. \_\_\_\_\_ a formé recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision de l'OAI du 11 juillet 2019 supprimant sa demi-rente d'invalidité à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification. Elle conclut principalement à la réforme de la décision en ce sens que sa rente d'invalidité est maintenue, respectivement qu'une rente entière lui est allouée. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour mesures d'instruction complémentaires et nouvelle décision. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire (orthopédique, neurologique, psychiatrique, pharmacologique et addictologique) ainsi que la tenue de débats publics incluant son audition ainsi que celle de son époux. A l'appui de son recours, elle a produit les rapports médicaux du Dr J. \_\_\_\_\_, spécialiste notamment en traitement interventionnel de la douleur, du 22 juillet 2019, et du Prof X. \_\_\_\_\_ du 3 octobre 2018. La recourante a requis d'être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. Par ordonnance de la juge instructeur du 26 septembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, Me Jean-Michel Duc étant désigné comme conseil d'office à compter du 13 septembre 2019. Il ressort du rapport médical du 3 octobre 2018 du Prof X. \_\_\_\_\_ notamment ce qui suit : « Cher Maître, Voici le compte-rendu de l'examen que j'ai pratiqué chez Madame L. \_\_\_\_\_, en date du 18.09.2018. ANAMNESE ACTUELLE [...] J'ai ce jour effectué une évaluation de la douleur à l'aide du test DN4. La cotation de ce test s'élève à 8 points, ce qui est largement suffisant pour définir les douleurs de Madame L. \_\_\_\_\_ comme douleurs d'origine neuropathique. Cela étant, il est difficile de trouver d'autres tests permettant d'objectiver l'état algique, la cause restant la chute initiale sur le coccyx. Si on se réfère aux critères de Nantes, cette patiente présente une douleur assez typique de compression du nerf honteux qui a déjà été neurolysé par voie transglutéale avec un résultat positif mais temporaire comme on le voit dans certains cas. On peut donc considérer que l'atteinte du nerf a été telle que ce dernier n'a pas pu récupérer malgré l'intervention chirurgicale bien conduite. Ce type de trouble postopératoire et non-récupération, se voit à peu près dans 35 % des cas de patients opérés. SYNTHÈSE MEDICALE En conclusion, je suis face à une patiente désespérée, très gênée, voire handicapée par ses douleurs quotidiennes qui l'empêchent d'effectuer les gestes simples de la vie quotidienne. Elle m'a de plus apparue comme dépressive. Elle a eu pour la première fois un discours de volonté d'en finir avec ses jours. La seule motivation qui la tient en vie comme elle l'a souligné sont ses enfants. Comme je l'avais mentionné lors de mon courrier de 2017, l'examen clinique et l'interrogatoire de la patiente montrent que la capacité de travail avec l'atteinte algique est pratiquement nulle. Il faudrait pouvoir lui trouver une activité professionnelle où la patiente serait dans une position debout mais ceci de manière temporaire, sans faire d'effort, sans soulever de poids. Pour ce qui est des possibilités médicales pour améliorer son état, elles ont pratiquement été toutes utilisées et je ne verrais qu'un consilium dans un centre universitaire spécialisé de la douleur pour apporter un

nouvel éclairage par rapport à la symptomatologie de cette patiente et adapter au mieux la thérapie médicale. Une prise en charge par hypnose ainsi qu'un soutien psychologique, qui m'apparaît ce jour comme urgent, pourraient aider la patiente à résister face à l'algie dont elle souffre de manière quotidienne. [...]. » Le rapport médical du 22 juillet 2019 du Dr J.\_\_\_\_\_ a la teneur suivante : « Cher Maître, En complément à mon courrier daté du 17.07.19, veuillez trouver ci-dessous mes réponses aux questions contenues dans votre lettre du 09.07.19. 1) Mme L.\_\_\_\_\_ présente des douleurs chroniques post-traumatiques et post-chirurgicales de la région sacrococcygienne et périnéale (ICD-11 MG30.2). 2) Il n'existe pas d'élément objectivable en dehors de l'hyperalgésie présente au niveau de la région sacro-coccygienne. La douleur étant par essence une expérience subjective, le fait de ne pas retrouver de substrat organique (lésion anatomique nerveuse ou musculo-squelettique par exemple) sur les différents examens radiologiques, cliniques ou neuro-physiologiques ne remet nullement en question les plaintes exprimées par la patiente. Si une douleur est ressentie ou exprimée par un patient, elle est de facto réelle. De plus le parcours clinique et les antécédents de Mme L.\_\_\_\_\_ sont parfaitement compatibles avec la persistance des symptômes décrits. Le fait de nier les plaintes de la patiente sous-entend que la patiente est une simulatrice, ce qui n'a jamais été démontré. 3) Je confirme l'incapacité totale de travail de la patiente dans l'activité habituelle en raison des nombreuses limitations fonctionnelles : douleurs spontanées importantes, aggravation rapide (quelques secondes à minutes) en position assise et fatigabilité. Je ne vois pas non plus quelle activité professionnelle serait adaptée à la situation de la patiente. 4) Les douleurs chroniques étaient déjà présentes avant la coccygectomie. Elles semblent avoir été modifiées en qualité et intensité par la chirurgie. On note toutefois une aggravation quasi constante des symptômes de la patiente après toutes les procédures invasives réalisées. La cause des douleurs semble donc multifactorielle : post-traumatique, post-chirurgicale et par sensibilisation centrale (mécanisme neurologique d'amplification de la perception de la douleur). 5) La coccygectomie est une intervention de dernier recours, réservée généralement aux cas les plus réfractaires. Cette intervention reste toutefois controversée dans la littérature médicale, en raison des risques non-négligeables de persistance voire d'aggravation des douleurs chroniques. On ne peut toutefois pas parler de violation des règles de l'art, puisque cette procédure est largement décrite dans les cas de douleurs persistantes et invalidantes. 6) En ce qui concerne la prise en charge, je déconseillerais toute nouvelle approche invasive. En effet, toutes les procédures interventionnelles réalisées jusqu'à ce jour n'ont fait que péjorer les douleurs. Du point de vue médicamenteux, des perfusions intraveineuses de Lidocaine ou de Kétamine me sembleraient être une option intéressante. Les traitements de médecine intégrative (hypnose ou enseignement à l'auto-hypnose) pourraient également apporter un certain soulagement et une meilleure gestion des douleurs. 7) Mme L.\_\_\_\_\_ souffre depuis plus de dix ans de douleurs chroniques réfractaires aux différentes prises en charge (médicamenteuses, chirurgicales, antalgie interventionnelle). Une guérison paraît malheureusement improbable. Toutefois, une prise en charge adéquate et surtout une reconnaissance (médicale et asséculogique) des douleurs de la patiente devraient améliorer sa qualité de vie. [...]. » Par réponse du 23 octobre 2019, l'OAI a constaté que l'instruction de la cause aurait mérité d'être complétée sur le plan psychiatrique et en ce qui concerne le traitement algique de l'intéressée. Dans un avis du 7 octobre 2019, le SMR relevait notamment ce qui suit : « Suite à notre décision du 11 juillet 2019, qui supprime la demi-rente de l'assurée, des pièces médicales pour supporter l'opposition ont été produites. Nous avons examiné avec attention ces rapports médicaux.

Le rapport du Pr X. \_\_\_\_\_ des Y. \_\_\_\_\_ date d'octobre 2018 et est donc quasi contemporain de l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ neurologue du R. \_\_\_\_\_. On peut donc admettre qu'une situation clinique analogue a été examinée. Lors de cette expertise bi-disciplinaire, les deux experts ont conclu à l'absence de signes de majoration, mais par contre une autolimitation, avec des bénéfices secondaires probables par le soutien de l'ensemble de la famille, est retenue de manière formelle. Le tableau clinique montre une asthénie d'origine iatrogène très probable (traitement antalgique à forte dose) et des douleurs importantes après exérèse du coccyx en 2010. Aucun diagnostic neurologique n'est retenu. Le Pr. X. \_\_\_\_\_ fait valoir que cette situation est rencontrée dans 35% des cas suite à ce type d'intervention chirurgicale, mais ne pose pas non plus de diagnostic spécifique. Il souligne l'état psychique très affecté de sa patiente (désespérée). De son côté le Dr J. \_\_\_\_\_ retient des douleurs chroniques post-traumatiques et post chirurgicales sacrococcygiennes et périnéales mais confirme ne pas retrouver non plus de support organique objectivable à ces douleurs. Il exprime le fait que cela n'exclut pas la réalité des douleurs ressenties par l'assurée, réalité qui n'a jamais été contestée par aucun expert, pas plus que la notion de simulatrice mentionnée n'a été évoquée par le Dr G. \_\_\_\_\_ lors de son expertise. Comme le Pr X. \_\_\_\_\_, le Dr J. \_\_\_\_\_ propose un traitement par hypnose et autohypnose, ce qui tendrait à confirmer l'importance du facteur psychique dans ces douleurs et leur ressenti. En synthèse des deux rapports médicaux joints à l'acte de recours et à la lumière de l'expertise neurologique du Dr G. \_\_\_\_\_ je retiens : - La situation clinique décrite dans tous les cas est la même, sans aucun élément contradictoire clinique de part ou d'autre, - Aucun nouvel élément clinique objectivable n'est apparu depuis l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ de 2018 qui a fondé notre décision, - Aucun diagnostic étiologique des douleurs n'est posé par aucun des 3 médecins, sinon le traumatisme initial et l'acte chirurgical de 2010. Face à ce constat d'un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, subjectif par définition, il semble que seule la répercussion estimée des douleurs sur la capacité de travail soit différente d'un spécialiste à l'autre. N'ayant pas examiné l'assurée nous-même, il nous est, dans de telles conditions, impossible de prendre position dans un sens ou dans l'autre. Pour autant il n'y a pas d'élément médical nouveau intervenu depuis les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ en 2018, spécialiste dont les compétences en matière de neurologie sont largement reconnues. Ce qui me semble regrettable au plan strictement médical c'est qu'il n'a pas été répondu à la question de savoir si le traitement antalgique et sa posologie étaient réellement adaptés et quel était son impact sur la capacité de travail finale (asthénie engendrée). Par ailleurs au vu de l'état psychique décrit par le Pr X. \_\_\_\_\_ en 2018 et des éventuels bénéfices secondaires mentionnés par le Dr G. \_\_\_\_\_, il aurait sans doute été souhaitable de procéder à une évaluation psychiatrique de l'assurée. » Par réplique du 14 novembre 2019, la recourante conclut toujours à l'admission du recours et à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et de médecine interne, en plus d'une expertise psychiatrique, pharmacologique et addictologique. Par duplique du 9 décembre 2019, l'OAI renvoie aux avis du SMR du 23 octobre 2019 et 4 décembre 2019. Dans ce dernier avis, le SMR relevait notamment ce qui suit : « Concernant le traitement et son adéquation avec la pathologie en cause nous proposons une consultation de pharmacologie avec monitoring plasmatique des antalgiques prescrits, à laquelle il serait opportun d'ajouter l'avis d'un spécialiste de l'addiction. Concernant la proposition par l'avocat d'une expertise psychiatrique il me semble que mon avis SMR du 7 octobre 2019 devrait répondre à la question. » Le 18 juin 2020, la recourante a demandé la suspension de la cause jusqu'à la connaissance d'une expertise neurologique

privée qu'elle s'apprêtait à mettre en œuvre auprès d'un neurologue. Par courrier du 26 juin 2020, l'OAI s'est opposé la suspension de la cause au motif de la mise en œuvre d'une expertise neurologique privée, l'aspect neurologique ayant été investigué à satisfaction. Par ordonnance du 7 juillet 2020, la juge instructeur a rejeté la requête de suspension par appréciation anticipée des preuves. Le 9 septembre 2020, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 2 septembre 2020 ainsi qu'un mail de la Dresse A. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> septembre 2020. Dans le mail susmentionné, la Dre A. \_\_\_\_\_ fait état d'une nouvelle atteinte à la santé, soit une hernie discale L5-S1 avec émergence durale de la racine S1 à gauche, avec paresthésies importantes au niveau du membre inférieur droit ainsi qu'une aggravation de l'état anxio-dépressif chronique. Dans son rapport du 2 septembre 2020, le Dr J. \_\_\_\_\_ confirme que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis le début 2020 en raison de l'apparition d'une nouvelle douleur sous forme d'une lombosciatalgie gauche avec l'imagerie en débord disco-ostéophytique L5-S1 venant en contact de l'émergence de la racine S1 gauche. Il relève également que la recourante présente des difficultés à se concentrer et des troubles de l'humeur secondaires aux douleurs chroniques et traitements médicamenteux. Une audience de débats publics et de jugement a été tenue le 15 septembre 2020 au cours de laquelle la recourante a été entendue. A cette occasion, la recourante a également produit une nouvelle ordonnance de médicaments.

**E n d r o i t :** 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins ; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un taux de 60 % à trois quarts de rente, et un taux de 70 % à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les

traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. (art. 17 al. 2 LPGA). Lorsqu'un assuré dépose une demande de révision, il doit établir de façon plausible que l'impotence ou l'étendue du besoin d'aide ou de soins s'est aggravée de manière à modifier son droit aux prestations (art. 87 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.021]). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1, 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). c) Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée, TF 9C\_722/2014 du 29 avril 2015 consid. 4.1). 5. Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 6. a) Il ressort de l'expertise pluridisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) du 26 janvier

2016 du Prof V. \_\_\_\_\_ et de la Dre P. \_\_\_\_\_, avec le consilium rhumatologique du Dr B.W. \_\_\_\_\_ et le consilium psychiatrique du 22 janvier 2016 du Dr B. \_\_\_\_\_ que la recourante a bénéficié d'une résection du coccyx en septembre 2009. Après cette opération, elle a toujours souffert d'importantes douleurs, désormais permanentes, avec des irradiations au bassin. Comme ces douleurs persistent, elle a eu des infiltrations du nerf honteux, qui ont eu un bon résultat initial de quelques heures suivi pourtant par une aggravation. Par la suite, l'assurée a subi une neurolyse du nerf honteux droit avec une amélioration des douleurs dans les suites opératoires puis, à nouveau, une nouvelle péjoration après deux ou trois mois. Un neurostimulateur sacré bilatéral a été définitivement implanté en avril 2013 avec une amélioration des douleurs, mais sans que la médication algique ait pu être diminuée. La recourante continue de présenter des douleurs des fesses et des irradiations dans le bassin, jusque dans le vagin et l'anus. Ces douleurs s'améliorent par moments à la programmation du neurostimulateur. Elle rapporte cependant une fatigue liée à sa médication ainsi qu'à ses douleurs. Au moment de l'expertise, l'assurée prenait les médicaments suivants : Citalopram® 20 mg 1-0-0, Dafalgan® (agent actif : paracétamol®) 1g 1-1-1- et en réserve, Irfen retard® 800 mg 1-0-0 et en réserve, Ceraset®, Lyrica® (agent actif : prégabaline) 75 mg 2/j et 150 mg 1/j, Mydocalm® (en fait : Mydocalm, agent actif : Tolperison) 150 mg 1-1-1, Symfona forte®, Pantoprazol, Librax®, Iberogast®, Vesicare® et Ulcar®. L'examen neurologique est décrit comme normal : la recourante ne présente pas de parésie ni niveau sensitif, notamment sur les fesses et le périnée. La sensibilité est conservée dans toutes ses modalités. Il n'y a pas d'hyperalgésie ni d'allodynie. Le tonus axial est conservé, aucun trouble sensitivomoteur au niveau des membres n'est retrouvé. Le Prof. V. \_\_\_\_\_ et la Dre P. \_\_\_\_\_ retiennent comme diagnostic un syndrome douloureux pelvien chronique post-fracture coccygienne et après ablation coccygienne. Pour sa part, le Dr B.W. \_\_\_\_\_ relève que les douleurs n'ont jamais cédé depuis l'accident malgré de multiples interventions, résection du coccyx, pose de stimulateurs, intervention sur le nerf honteux droit. La douleur est décrite comme continue, présente jour et nuit, exacerbée le soir par la position assise et la position couchée sur le dos. Cet expert retient quant à lui comme diagnostic des sacralgies chroniques post traumatiques d'origine indéterminée et l'absence d'arguments pour une spondylarthropathie. Enfin, l'expert psychiatre, le Dr B. \_\_\_\_\_, considère que l'anamnèse et le tableau clinique [actuel] correspondent au diagnostic d'un trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques, comme défini par la CIM-10 (F45.41). Il explique que, sans comorbidité psychiatrique, ce trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques ne s'accompagne pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie chez une expertisée qui garde des relations proches et stables avec sa famille et ses amis. Malgré une affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, elle mène une vie autonome et assume son rôle de mère, tout en cherchant une solution pour ses problèmes sociaux, avec par exemple l'idée de reprendre une activité adaptée à ses douleurs. Ainsi, sa vie sociale et ses activités quotidiennes témoignent de ses ressources personnelles, lui permettant d'affronter ses plaintes, par exemple concernant une fatigue, qui ne se manifeste pas de la même manière dans tous les domaines de la vie, comme décrit dans l'anamnèse. En l'absence de traitement psychiatrique et psychothérapeutique après l'accident en janvier 2009, il n'y a pas non plus d'échec de traitement conforme aux règles de l'art des aspects somatoformes de ses plaintes. Sans signe d'épuisement psychique, la recourante continue à faire face aux exigences de la vie quotidienne et les taux sanguins des antidouleurs laissent planer des doutes quant à sa mise

à contribution des options thérapeutiques ainsi que le poids effectif des souffrances. En conséquence, le trouble douloureux chronique avec facteurs somatiques et psychiques de la recourante n'atteint pas le niveau de sévérité pour justifier une incapacité de travail durable au plan psychique. Ainsi, l'effort à surmonter les symptômes non expliqués par un processus physiologique reste raisonnablement exigible afin de reprendre une activité professionnelle à 100 %, au plan psychique. En définitive, selon les experts s'exprimant dans l'appréciation globale du cas de la recourante, l'atteinte ne reposerait pas sur un substrat organique. Au vu de l'absence de déficits neurologiques, du caractère intermittent des douleurs, de l'adhérence discutable à la prise des traitements médicamenteux (les taux sériques de quelques-uns des antalgiques ont été trouvés au plus bas, dont le paracétamol et l'ibuprofène ; cf. consilium du Dr B. \_\_\_\_\_), du potentiel thérapeutique favorable d'une prise en charge psychothérapeutique, de l'absence de maladie rhumatologique sous-jacente (cf. consilium rhumatologique rappelé ci-après), avec la survenue de symptômes non expliqués entièrement par un processus physiologique dans un contexte de stress psychosocial, les experts concluent à une pleine capacité de travail de la recourante dans des activités ciblées où l'assurée pourrait changer régulièrement de position. b) Par décision du 11 juillet 2019, l'OAI a supprimé avec effet au premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision la demi-rente servie à l'assurée depuis le 1<sup>er</sup> mai 2011 en raison de douleurs chroniques suite à un traumatisme du coccyx suivi de plusieurs opérations. A l'époque, l'instruction de la cause démontrait que l'intéressée présentait une capacité de travail de 0 % du 4 janvier 2009 au 6 janvier 2009, de 60 % du 7 janvier 2009 au

#### **E. 19**

mai 2009, de 50 % du 20 mai 2009 au 10 novembre 2010, de 0 % du 11 novembre 2010 au 30 janvier 2011 et, pour finir, de 50 % à compter du 31 janvier 2011. En l'occurrence, dans le contexte de la procédure de révision requise par l'assurée en décembre 2013, une expertise neurologique et de médecine interne a été réalisée par le R. \_\_\_\_\_ (R. \_\_\_\_\_), lequel a rendu son rapport en date du 23 mars 2018. Sur le plan interdisciplinaire, les experts concluent à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit un emploi limitant la station assise permanente à moins d'une heure et évitant la montée sur des échelles ou toutes activités équivalentes ainsi que la conduite de machines. L'activité habituelle d'opératrice est considérée comme une activité adaptée, sous réserve de la possibilité d'alternance de la position assise chaque heure. Les conclusions des experts R. \_\_\_\_\_ confirment pleinement l'expertise de 2016, en retenant une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, soit permettant l'alternance des positions chaque heure, comme c'est le cas dans l'activité habituelle d'opératrice exercée par la recourante. La recourante conteste la valeur probante des expertises au dossier, soutenant qu'elles contiennent des contradictions intrinsèques et que leurs conclusions relatives à la non organicité de ses symptômes (douleurs) et à sa capacité de travail résiduelle sont contredites par les appréciations médicales des spécialistes qu'elle a consultés. Elle se réfère ce faisant aux avis médicaux qu'elle a produits devant l'OAI comme devant l'autorité de céans, soit le rapport du 12 octobre 2018 de son nouveau médecin traitant, la Dre A. \_\_\_\_\_, le rapport établi le 22 octobre 2018 par le Prof S. \_\_\_\_\_, le rapport établi le 5 avril 2019 à l'attention de Me Duc par le Dr E. \_\_\_\_\_, le rapport établi le 3 octobre par le Prof X. \_\_\_\_\_ ainsi que le rapport établi le 22 juillet 2019 par le Dr J. \_\_\_\_\_. Dans le cadre de l'instruction de la demande de l'assurée, le SMR a observé qu'aucun rapport médical faisant état d'éléments médicaux objectivement vérifiables permettant de s'écarter des conclusions exposées ci-avant n'avait été produit (cf.

avis SMR du 10 juillet 2019). A la suite des nombreux rapports médicaux au dossier, il a constaté que, sur le plan neurologique et de médecine interne, aucun élément clinique objectivable ne permettait d'expliquer les douleurs ressenties par l'assurée. Face à un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, seule la répercussion estimée des douleurs sur la capacité de travail était différente. Ces atteintes devaient être évaluées conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral sur les troubles sans substrat organique. Les experts consultés ont estimé à cet égard qu'un effort de volonté de la part de la recourante était exigible pour surmonter ses douleurs. c) On constate en effet que, dans son rapport du 22 octobre 2018, le Prof S. \_\_\_\_\_ ne fait que rapporter une neurotomie par radiofréquence, sans pour autant retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce traitement serait propre à améliorer l'état de santé de sa patiente en augmentant sensiblement sa capacité de travail (arrêt du TF 8C\_202/2017 du 21 février 2018, consid. 3). Il ne saurait donc remettre en cause les conclusions dûment motivées par les experts à ce propos. Au surplus, la Cour de céans relève que l'avis médical de la Dre A. \_\_\_\_\_, qui soutient que les douleurs de la recourante sont facilement objectivables en procédant à l'anesthésie de la partie sacrée où les nerfs ont été coupés lors de la coccygectomie, ne constitue qu'une hypothèse, qui n'a au demeurant pas été confirmée par le Dr E. \_\_\_\_\_, alors que l'OAI avait mandaté ce spécialiste du traitement de la douleur pour examiner ce point. Ce dernier médecin, tout comme le Dr J. \_\_\_\_\_, lui aussi spécialiste du traitement de la douleur (dont on ne sait pas s'il a personnellement examiné la recourante puisqu'il ne fait que répondre aux questions posées par le conseil de l'assurée et ne rapporte pas une date de consultation), ainsi que le Prof X. \_\_\_\_\_ dans une certaine mesure, se contentent d'indiquer que les douleurs ne sont objectivables que par l'hyperalgésie qu'ils ont constatée chez la recourante. Si, d'un point de vue médical, on peut comprendre que pour les spécialistes de la douleur, les plaintes de l'assurée suffisent pour admettre la réalité des souffrances exprimées, il n'en demeure pas moins que, faute d'autre élément diagnostique permettant d'objectiver ces symptômes (examens radiographiques par exemple), les douleurs décrites ne peuvent pas, d'un point de vue assécurologique, être considérées comme invalidantes au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral et conduire à l'octroi de prestations (cf. TF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Les conséquences que ces spécialistes tirent des réponses données par la recourante au questionnaire DN4 ne sauraient elles non plus être retenues, dès lors qu'elles constituent un élément subjectif et non pas objectif. Au vu de ce qui précède, il ressort du dossier médical que l'importance de la symptomatologie douloureuse résulte pour l'essentiel des seules plaintes subjectives exprimées par la recourante. Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante sur le plan somatique ou psychiatrique), les simples plaintes subjectives d'un assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit en effet être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; TFA arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). Il s'ensuit que la cause a été suffisamment instruite sur le plan neurologique et de la médecine interne, la hernie discale étant postérieure à la décision litigieuse. 7. a) A l'appui de son mémoire, la recourante a transmis de nouvelles pièces médicales. Il s'agit des rapports du Dr J. \_\_\_\_\_ de la Clinique de la douleur à [...] et du Prof X. \_\_\_\_\_, datés respectivement du 22 juillet 2019, et du 3 octobre 2018. Ces documents ont été soumis pour appréciation au

SMR qui s'est prononcé dans un avis du 7 octobre 2019. Ce service observe que, par rapport au travail du Dr G. \_\_\_\_\_, expert neurologue du R. \_\_\_\_\_, la situation décrite est la même sans aucun élément contradictoire clinique. Aucun nouvel élément clinique objectivable n'est apparu depuis l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ de 2018, qui a fondé la décision litigieuse et aucun diagnostic étiologique des douleurs n'est posé par aucun des trois médecins en dehors du traumatisme initial et de l'acte chirurgical de 2010. Le SMR admet que, face à ce constat d'un tableau hyperalgique sans support organique objectivé, seule la répercussion sur la capacité de travail est différente d'un spécialiste à l'autre. Il ajoute néanmoins qu'il lui semble regrettable qu'il n'ait pas été répondu à la question de savoir si le traitement antalgique et sa posologie étaient réellement adaptés et quel était son impact sur la capacité de travail finale de la recourante (asthénie). De plus, il est soulevé qu'il aurait été souhaitable de procéder à une évaluation psychiatrique, compte tenu notamment de l'état psychique décrit par le Prof X. \_\_\_\_\_ en 2018. On relèvera à cet égard que, contrairement à ce que constate le SMR, les experts du R. \_\_\_\_\_ n'avaient pas retenu que l'asthénie pouvait limiter la capacité de travail de l'assurée. Par rapport à la décision sur opposition de la CNA du 11 mai 2017, il semble que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé courant 2018. En effet, l'expertise du M. \_\_\_\_\_ de 2016 relevait certes que la recourante présentait une fatigue, mais celle-ci n'était pas présente dans tous les aspects de la vie alors qu'en 2018 les experts du R. \_\_\_\_\_ relevaient une asthénie dorénavant permanente qui impose des siestes régulières. L'expertise du M. \_\_\_\_\_ soulignait également une mauvaise compliance à certains médicaments antalgiques. A la fin de l'année 2018 et au mois de juillet 2019, tant le Prof X. \_\_\_\_\_ que le Dr J. \_\_\_\_\_ proposaient une adaptation au mieux de la thérapie médicale (perfusion intraveineuse de Lidocaïne ou de Kétamine et hypnose). Les parties convenant d'examiner si le traitement antalgique et sa posologie (s'agissant notamment du Lyrica 300 mg) peuvent être adaptés ainsi que les conséquences de l'asthénie permanente sur la capacité de travail de la recourante, la cause doit être renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pharmacologique et addictologique. De plus, l'état psychique de l'assurée semble s'être aggravé depuis l'expertise du Dr B. \_\_\_\_\_ en 2016. En effet, le Prof X. \_\_\_\_\_ note en octobre 2018 pour la première fois un discours de volonté d'en finir ainsi qu'une patiente désespérée et dépressive. Le 9 septembre 2020, la Dre A. \_\_\_\_\_ atteste également une aggravation de l'état anxio-dépressif. Il s'ensuit que la cause doit également être renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique. b) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Un renvoi à l'administration est également possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). c) En l'occurrence, la situation médicale de la recourante n'a pas été établie de manière satisfaisante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPG –, pour qu'il

en complète l'instruction. Il lui incombera de mettre en œuvre une expertise psychiatrique, pharmacologique et addictologique. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu d'examiner les autres griefs soulevés par l'assurée. 8. a) En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) L'art. 61 let. g LPGA prévoit que le recourant, qui obtient gain de cause, a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal, leur montant devant être déterminé sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige. ba) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). Selon l'art. 69 al. 1bis deuxième phrase LAI, le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs. En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. bb) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant. c) Il est toutefois nécessaire, dans le cas d'espèce, de rappeler les règles régissant l'assistance judiciaire. Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat [et de 110 fr. pour un avocat-stagiaire] (art. 2 al. 1 let. a [et b] RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). En l'espèce, par décision du juge instructeur du 26 septembre 2019, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 septembre précédent et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Ce dernier a produit sa liste des opérations lors de l'audience du 15 septembre 2020, laquelle fait état de 10 heures de prestations. Aucune des opérations effectuées n'a été réalisée par Me Duc, mais uniquement par ses consoeurs avocates au sein de la même étude, Me Girardin et Me Dugon, actuellement Me Saint Leger depuis son mariage. C'est ici le lieu de relever qu'entre l'avocat d'office auquel il est donné un mandat d'assistance judiciaire, d'une part, et la collectivité publique qui lui confie ce mandat, d'autre part, il existe un rapport juridique soumis au droit public, lequel régit notamment l'obligation d'accepter le mandat, les motifs de libération du mandat ainsi que la rétribution due pour l'activité exercée (ATF 143 III 10 consid. 3.1 et les références citées). Si l'avocat inscrit au tableau cantonal peut certes déléguer à l'avocat-stagiaire les tâches impliquant la rédaction de mémoire et d'actes de procédures, ainsi que la représentation des parties en justice pour autant qu'il en assume

la supervision, la direction et la responsabilité (art. 28 ss LPav [loi vaudoise du 9 juin 2015 sur la profession d'avocats ; BLV 177.11]), n'est en revanche pas arbitraire la décision du juge de réduire la note d'honoraires présentée par un mandataire désigné d'office pour la procédure cantonale de la part d'honoraires correspondant à l'activité déployée par un collègue de la même étude d'avocats au bénéfice d'un pouvoir de substitution en vertu d'une convention interne à l'étude alors qu'aucune autorisation judiciaire pour cette substitution n'avait été demandée et obtenue (ATF 141 I 70 consid. 6). Dans le cas particulier, Me Marine Girardin et Marine Saint Leger n'ont pas été autorisées à procéder au titre de l'assistance judiciaire – respectivement, à se substituer à Me Jean-Michel Duc – dans le cadre de la présente affaire. Partant, l'activité qu'elles ont déployée ne devrait pas être indemnisée, conformément à la jurisprudence précitée. Il est en conséquence signifié qu'en l'absence d'autorisation judiciaire préalable, les opérations déléguées par le conseil d'office à un autre avocat, titulaire d'un brevet, qu'il soit collaborateur, associé ou simple confrère, ne seront plus indemnisées, sous réserve de circonstances particulières.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.