

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 janvier 2012

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

* * * * *

Cause pendante entre :

W. _____, à [...], recourante, représentée par CAP Protection Juridique SA
à Lausanne

et

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

Art. 7, 8 et 17 al. 1 LPGA ; 28 al. 1 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. Le 30 septembre 2005, W. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, a déposé une demande de prestations d'invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), pour les suites d'un accident survenu le 24 juillet 2003, lors duquel, alors qu'elle se trouvait chez elle sur une échelle, elle était tombée en arrière, ce qui avait entraîné son hospitalisation du 24 au 28 juillet 2003.

Il résulte de l'extrait du compte individuel AVS de l'assurée que celle-ci a régulièrement exercé une activité professionnelle dès 1981. Dans un questionnaire complété le 1^{er} novembre 2005, l'employeur de l'assurée, F. _____ Sàrl, a indiqué que son employée, dessinatrice de profession, avait été engagée en qualité de vendeuse responsable technicienne le 1^{er} avril 2002, le contrat de travail ayant été résilié au 31 mars 2004 par l'employeur, en raison de l'incapacité de travail de l'assurée due à son accident. Il a par ailleurs précisé que l'activité de celle-ci se déroulait à raison de 65% assise, 20% debout et 15% à marcher et que son horaire de travail avait été de 42 h. 30 par semaine jusqu'au 30 juin 2002, puis de 38 h. 30 par semaine (90%), pour un salaire mensuel de 3'500 fr. plus 10% de commission sur marge brute.

Dans un rapport du 16 août 2003, établi suite à une IRM lombaire du 15 août 2003, le Dr S. _____ a diagnostiqué une discopathie L5-S1 avec protrusion discale médiane et paramédiane associée à une petite déchirure annulaire postérieure, sans lésion du cône médullaire. Il a également observé une fracture non déplacée de la 4^e pièce sacrée (S4) horizontale.

Dans un rapport établi le 6 octobre 2003 à la demande de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA), l'assureur-accidents ayant pris en charge l'événement du 24 juillet 2003, le Dr C. _____, généraliste, a diagnostiqué une commotion du cône médullaire

avec syndrome de la queue de cheval, une contusion cervico-dorsale et une fracture du sacrum non déplacée. Il a indiqué que sa patiente ne supportait pas la position assise plus de 20 minutes, qu'au status il persistait encore un hématome relativement important et douloureux de la région sacrée et qu'il existait encore une hyposensibilité de la face interne des deux cuisses témoignant du syndrome de la queue de cheval. En l'état, il n'envisageait pas de reprise du travail.

Le 6 février 2004, la Dresse G._____, neurologue, a diagnostiqué des douleurs lombo-sacrées et des dysesthésies douloureuses en selle et sur la face antérieure des deux cuisses, séquellaires d'une probable contusion du cône et/ou de la queue de cheval le 24 juillet 2003, ainsi qu'un probable état anxio-dépressif. La Dresse G._____ a observé que, alors qu'il y avait eu une amélioration dans un premier temps, les douleurs lombo-sacrées s'étaient accentuées à nouveau au mois de décembre et étaient associées à des brûlures et à des troubles sensitifs de la région sacrée, des fesses et de la face antérieure des cuisses, nécessitant une consommation importante d'opiacés et de myorelaxants. Elle a indiqué que la topographie des troubles sensitifs était certainement compatible avec des séquelles mineures d'une contusion du cône voire de la queue de cheval, consécutive à la chute, et a émis l'avis que l'aggravation dans un deuxième temps de la symptomatologie douloureuse lombo-sacrée faisait néanmoins évoquer la présence d'un état dépressif associé dont elle avait constaté certains signes cliniques à l'entretien. Elle était par ailleurs favorable à l'idée d'une hospitalisation pour un séjour de rééducation à la Clinique romande de réadaptation (CRR).

Dans un rapport du 3 mai 2004, les Drs O._____, neurologue, et M._____, médecin assistant à la CRR, ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans le service de réadaptation neurologique de la CRR du 9 mars 2004 au 21 avril 2004, date de son retour à domicile. Ils ont posé les diagnostics suivants :

Diagnostics primaires :

- Thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1).

Diagnostiques secondaires :

- Contusion lombaire le 24 juillet 2003, avec probable contusion du cône médullaire (T 91.9) ;
- Rachialgies chroniques (M 54.87).

Comorbidités :

- Trouble de l'adaptation avec anxiété et dépression (F 43.2).

Ces médecins ont mentionné en outre ce qui suit :

« LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION :

Mme W. _____ est une patiente âgée de 40 ans hospitalisée 7 mois après une chute. Dans les heures suivant la chute, une contusion du cône médullaire avait été évoquée devant l'existence de troubles sphinctériens et neurologiques. Les contrôles neurologiques avec IRM ont montré une discopathie L5-S1 avec protrusion discale médiane et para-médiane sans lésion du cône médullaire ainsi qu'une fracture non déplacée de la 4ème pièce sacrée. L'examen neurologique et l'ENMG pratiqués le 05.02.04 n'ont pas objectivé d'atteinte du système nerveux périphérique.

L'examen clinique réalisé lors de son entrée objective une patiente très algique à la moindre mobilisation. Le rachis dorsal est hypomobile avec une distance doigts-sol très élevée (41 cm), un rythme lombo-pelvien totalement perturbé, des inclinaisons et des rotations du tronc minimales. L'évaluation de la force motrice montre une cotation à M5 aux MS, M5 pour une partie des MI distale, au moins M4 pour les hanches et genoux, mais ces résultats ne sont pas reproductibles compte tenu de lâchages antalgiques par sidération musculaire. Le testing de la sensibilité montre une diminution de la sensibilité tactile en dessous de D8, de façon inhomogène.

Les RX dorso-lombaires en flexion-extension montrent un bon alignement des murs antérieur et postérieur pendant les manoeuvres et des espaces inter-vertébraux dans la norme et une absence de signe de fracture et de déminéralisation osseuse. L'IRM médullaire pratiquée le 11.03.04 montre l'absence de tassement vertébral, une discopathie D6-D7 et D8-D9 avec protrusion discale, une absence d'anomalie de signal au niveau de la moelle épinière particulièrement au niveau D9 et au niveau du cône médullaire. Le sac dural est dans les limites de la norme et il n'existe pas de rétrécissement canalaire visible.

L'ENMG du 17.03.04 montre que les potentiels évoqués somesthésiques aux 4 membres sont normaux et symétriques.

Le bilan urodynamique a montré une vessie de compliance à l'infini, hypocontractile, réflexive de grande capacité cystomanométrique avec un sphincter compétent et une certaine faiblesse du col. La patiente déclare présenter des impériosités mictionnelles et des épisodes d'incontinence. Elle a recours aux manoeuvres de Créde pour obtenir une bonne vidange de la vessie. Dans un premier temps, le Doryl a été introduit mais en l'absence d'effet favorable il a été stoppé pour reprendre les manoeuvres de Créde.

L'évaluation psychiatrique montre que la patiente présente des idées de ruine, d'insuffisance au niveau de sa santé physique, la patiente se présentant avec une forme de régression et de passivité, justifiant l'introduction d'une médication psychotrope à type de Zoloft 50 mg un le matin, associée à un suivi psychothérapeutique individuel.

Le Temgesic a pu être diminué mais la substitution par du Transtec a été un échec.

La patiente a été prise en charge par le service de physiothérapie qui a pratiqué des massages doux, des étirements, une mobilisation globale de la colonne, des étirements des MI et tronc, et des exercices respiratoires. La patiente a été intégrée aux groupes de piscine, entraînement thérapeutique, école de marche et marche lente. A l'issue des thérapies la patiente déclare avoir plus d'aisance dans les actes de la vie quotidienne et que les moments sans douleurs sont plus fréquents et plus longs au cours de la journée. Elle peut plus facilement se baisser ou ramasser un objet, l'habillage est plus facile. Elle monte et descend les escaliers sans utiliser la rampe et lors de la marche et des positions statiques la patiente retrouve une statique adéquate avec toujours une légère contraction des épaules. La patiente a été capable d'effectuer une marche lente de 45 min. Les mobilités articulaires au niveau du rachis ont été améliorées, ainsi que l'extensibilité musculaire. Ces résultats encouragent à poursuivre une physiothérapie ambulatoire 2 x/semaine avec pour objectif la tonification rachidienne, la mobilisation active de la colonne et le renforcement global.

Du point de vue professionnel, la patiente a une formation de dessinatrice sur machines, elle a été licenciée à la fin mars 2004. Son état de santé à la sortie de la Clinique ne permet pas immédiatement de fixer une capacité de travail, son état médical n'étant pas stabilisé. A l'issue des 4 semaines de physiothérapie ambulatoire prévues une capacité de travail de 50 % devrait être fixée dans une activité professionnelle avec flexibilité horaire laissant la possibilité à la patiente de s'adapter les moins bons jours, autorisant les alternances des postures, n'imposant pas de façon répétée et prolongée le port de charges de plus de 10 kg et l'adoption de postures particulièrement contraignantes pour le dos. Cette activité ne devrait demander que de courts déplacements à pieds, sur des terrains faciles. Sous ces conditions la capacité de travail pourrait être augmentée progressivement pour devenir totale. Cependant les co-morbidités psychiatriques et des facteurs environnementaux non médicaux pourraient influencer défavorablement cette évolution.

Capacité de travail dans la profession de dessinatrice :

0 % à la sortie de la Clinique, à réévaluer dans 4 semaines. »

Dans un rapport du 18 mars 2005, le Prof. L._____, spécialiste en anesthésiologie, a mentionné avoir constaté que l'assurée souffrait de douleurs ayant leur origine dans les disques L3-L4, L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'au niveau des racines ou des ganglions postérieurs S1 des deux côtés. Il a estimé que, toute tentative de traitement conservateur

ayant échoué, il fallait discuter d'une intervention chirurgicale, qui devrait probablement se limiter aux disques L4-L5 et L5-S1.

Le Dr D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement à la CNA, a examiné l'assurée le 12 juillet 2005 et a indiqué notamment ce qui suit :

« APPRECIATION :

Employée de vente, née en 1963, victime d'une chute le 24.9.03, qui se solde par une contusion lombo-sacrée avec suspicion de fracture de S4, dans le décours duquel va se déclarer un syndrome post-contusionnel du cône médullaire. Un syndrome anxio-dépressif va se greffer sur une évolution difficile conduisant à un examen à l'agence le 20.2.04 suivi d'un séjour à la CRR du 9.3 au 21.4.04.

Le rapport d'examen et de séjour à la CRR détaille les éléments évolutifs du cas. On relèvera qu'un bilan urodynamique pratiqué à la CRR avait permis de conclure à une vessie de type périphérique incomplète. En revanche, l'EMG des 4 membres s'était avéré dans les limites normales, confirmant la normalité de l'EMG pratiqué par la Dresse G._____ en février 2004.

Le séjour à la CRR amène une certaine amélioration subjective et objective. La capacité de travail reste cependant nulle chez une assurée alors sans emploi (licenciée par son entreprise). Dans l'intervalle, l'assurée va trouver une activité à 30%.

L'amélioration amorcée lors du séjour à la CRR ne se confirme pas, amenant le Dr C._____ médecin- traitant à orienter l'assurée vers le Dr L._____ de la Clinique [...]. Ce médecin va procéder à une discographie de provocation puis à des blocs facettaires avant de proposer une intervention chirurgicale "qui devrait probablement se limiter aux disques L4, L5 et L5-S1". Un examen urologique de contrôle au [...] le 19.4.05, conclut à une vessie normo-capacitive hyper-sensible, l'activité musculaire à l'EMG étant décrite comme stable tout au long de l'examen urologique. Un bilan approfondi sous forme d'expertise est organisé auprès du Dr N._____ mais ne peut être agendé avant le 10.10.05.

Dans l'intervalle, une péjoration de la situation est signalée par le médecin-traitant qui signale notamment une évolution psychique inquiétante. Les plaintes, ainsi que le tableau clinique à l'examen de ce jour sont décrites plus haut.

La péjoration subjective du cas ne fait pas de doute, chez une assurée toujours sous traitement antidépresseur.

On constate également un déficit sensitif dans le territoire S1 qui n'était pas présent à la sortie de la CRR ni lors de notre examen à l'agence de février 2004. Dans l'état, nous ne sommes pas en mesure d'établir si cet élément nouveau est à mettre en relation avec les discographies de provocation L5-S1 effectuées par le Dr L._____.

L'évolution défavorable actuelle, justifie à mon avis d'un avis thérapeutique en milieu universitaire. Une consultation devrait être rapidement organisée auprès du Dr T._____, à qui nous adressons une copie du présent rapport. L'assurée est d'accord avec cette option. Nous l'avons également orientée sur la possibilité de

s'adresser directement au service d'urgences de l'hôpital universitaire en cas d'apparition de troubles moteurs.

Dans l'état, l'expertise prévue en octobre auprès du Dr N._____, n'est plus réellement d'actualité. Nous laisserons bien évidemment le Dr T._____ procéder à tout examen complémentaire qu'il pourra juger utile.

Nous ne modifions pas les capacités de travail fixées jusqu'ici. »

Le 31 août 2005, la Dresse G._____ a diagnostiqué des lombalgies et sciatalgies gauches chroniques après chute d'une échelle le 24 juillet 2003 avec contusion lombaire et probable contusion du cône médullaire. Elle a indiqué en outre ce qui suit :

« Cette patiente présente un syndrome douloureux chronique après contusion lombaire et probablement du cône médullaire sur chute d'une échelle en juillet 2003. La symptomatologie s'est progressivement dégradée et modifiée puisqu'actuellement elle se plaint d'une lombosciatalgie gauche avec fourmillement des 4^e et 5^e rayons et du bord externe du pied. L'examen clinique est très difficile à interpréter en ce qui concerne la mobilité du segment lombaire chez une patiente qui annonce rapidement les douleurs à l'antéflexion du tronc. La manoeuvre de Lasègue est sensible à 80° à gauche. Alors que la marche sur la pointe des pieds et sur les talons est symétrique, on observe en station couchée une probable pseudo-parésie distale du pied à la fois sur l'extension dorsale du pied et des orteils, l'éversion, l'inversion et la flexion plantaire ainsi que des troubles sensitifs de topographie plutôt S1, alors que les réflexes sont parfaitement symétriques. L'ENMG est normal, ne permettant pas d'objectiver une atteinte du système nerveux périphérique en particulier radiculaire. Il existe donc chez cette patiente une composante de surcharge fonctionnelle dans un contexte anxio-dépressif et un abaissement du seuil douloureux certain. »

Dans un rapport du 15 septembre 2005, le Dr T._____, médecin associé au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur de [...], a diagnostiqué des lombalgies chroniques, un status post-chute en 2003 et des discopathies pluri-étagées. Il a mentionné en outre ce qui suit :

« Appréciation du cas :

Il s'agit d'une patiente lombalgique chronique avec une discopathie à plusieurs étages. Je pense que la décision chirurgicale chez cette patiente est plutôt difficile et délicate : une spondylodèse serait probablement une mauvaise solution. D'un autre côté, nous pourrions imaginer une arthroplastie à deux niveaux car les arthroplasties à trois niveaux ont très mauvaise presse. Néanmoins,

le disque L3-L4 se retrouverait adjacent à des étages dont la biomécanique se retrouvait fatalement altérée. De plus, le disque L3-L4 était symptomatique à la discographie. Un traitement pour double prothèse discale risque donc de rester inefficace.

Devant l'insistance de la patiente quant à d'autres modalités thérapeutiques, nous pouvons nous poser la question quant à un 2^{ème} séjour dans l'Unité de réhabilitation rachis chez la Dresse Z. _____ ou le Docteur B. _____ qui pourrait améliorer quelque peu la fonction de cette patiente.

Je pense que la patiente est maintenant réceptive au fait qu'il n'y a pas de chirurgie "miracle" qui puisse lui garantir une antalgie complète. Peut être qu'en ce moment de l'évolution de son problème, un 2^{ème} séjour serait bénéfique.

Je vous laisserai le soin de décider si ceci est opportun et si la SUVA accepterait de prendre en charge un tel traitement. Dans ce cas, je vous serais reconnaissant de bien vouloir référer la patiente au Docteur B. _____ si vous le jugez nécessaire. »

Dans un rapport établi le 15 novembre 2005 à l'intention de l'OAI, le Dr C. _____ a posé les diagnostics suivants :

- chute d'une échelle le 24 juillet 2003 avec contusions cervico-dorsales, fracture non déplacée du sacrum et commotion du cône médullaire avec syndrome de la queue de cheval ;
- rupture discale au niveau L3-L4 L4-L5 et L5-S1 ;
- état dépressif de sévérité moyenne secondaire à l'accident.

Il a indiqué en outre que la répercussion de l'atteinte à la santé sur l'activité exercée jusqu'alors était majeure, puisque l'assurée travaillait à 100% et qu'actuellement elle ne pouvait à peine travailler qu'à 30%. Sa profession s'exerçait dans le secteur commercial de la vente en étant beaucoup debout, beaucoup en voiture, beaucoup en contact avec les clients et, selon le Dr C. _____, il était totalement impossible pour elle de poursuivre dans cette activité. Il estimait par ailleurs que même dans un travail adapté, elle ne pouvait actuellement pas travailler au-delà de 50% car elle nécessitait de longues heures de repos. Il ajoutait que l'assurée était motivée pour envisager une formation nouvelle, par exemple dans la gestion d'entreprise, activité qu'elle pratiquait actuellement à 30% environ pour une petite entreprise. Il était d'avis qu'il fallait être attentif à la possibilité pour l'assurée de travailler depuis son domicile en grande partie et à la possibilité de pouvoir changer régulièrement de position, le nombre d'heures d'activité par jour étant alors de 4 heures 30 environ.

Dans ses rapports des 30 janvier et 20 février 2006, le Dr B._____, chef de clinique à l'Hôpital orthopédique de [...], a diagnostiqué des lombalgies chroniques dans un contexte de discopathies pluriétagées de L2 à S1, de status après contusion lombaire avec fracture de S4 (le 24 juillet 2003) et de status après probable contusion du cône médullaire. Il a diagnostiqué également un épisode dépressif léger dans un contexte d'état dépressif récurrent. Dans l'activité exercée habituellement, il a estimé l'incapacité de travail à 100% du 24 juillet 2003 à mars 2004, et à 30% depuis lors. Il a indiqué que l'assurée avait bénéficié d'une prise en charge intensive et multidisciplinaire dans le cadre de l'Unité Rachis et Réhabilitation de l'Hôpital orthopédique où elle avait séjourné du 9 janvier au 27 janvier 2006. Il a estimé qu'un travail de secrétariat avec alternance de postures assise-debout pouvait être assumé au moins à 50%, ce taux devant être réévalué dans une année.

La CNA a mandaté le Dr N._____, neurologue, pour effectuer une expertise. Dans son rapport du 1^{er} septembre 2006, ce spécialiste a diagnostiqué un status après chute d'une échelle le 24 juillet 2003 ayant entraîné une contusion lombaire avec une possible fracture de S4 et une probable contusion du cône médullaire, des discopathies pluri-étagées L2-S1 avec protrusion discale médiane L5-S1 sans évidence de compression radiculaire et des probables facteurs de surcharge psychogène dans un contexte d'état anxio-dépressif. Il a en outre mentionné ce qui suit, après avoir procédé à un rappel des données tirées des différents rapports médicaux au dossier :

« Lors de l'entretien que j'ai eu avec Madame W._____, cette dernière mentionnait la persistance de douleurs lombaires dans toute position prolongée et au port de charges même léger, de sensations d'électrisation des deux membres inférieurs avec impatience motrice de ces derniers, de paresthésies au niveau des pieds, d'un endormissement des deux fesses, d'une lourdeur des membres inférieurs et d'une tendance aux urgences mictionnelles. Le traitement actuel consiste en Lyrica, Sirdalud, Temgesic et Zoloft. A l'examen clinique pratiqué lors du présent bilan, j'ai relevé une nuque de bonne mobilité, sans provocation de douleurs ou de paresthésies. A l'examen du rachis dorso-lombaire, j'ai retrouvé une percussion dorso-lombaire diffusément sensible, une palpation même légère de la musculature paravertébrale ressentie comme douloureuse et une limitation majeure de la flexion latérale et antérieure lombaire par une réaction antalgique immédiate,

toutefois sans contracture significative de la musculature paravertébrale lombaire. Les différentes épreuves de marche ont été correctement exécutées bien que la marche spontanée se soit faite avec un caractère précautionneux et antalgique. L'examen des paires crâniennes, des membres supérieurs et du tronc m'a paru sans particularité. A l'examen des membres inférieurs, j'ai relevé une manoeuvre de Lasègue un peu sensible en fin de mouvement ddc, mais sans blocage, je n'ai objectivé aucune altération actuellement significative de la trophicité et de la force musculaire ainsi que des réflexes tendineux. A l'examen de la sensibilité, la patiente m'a signalé une hypoesthésie tactile et douloureuse intéressant les fesses et la face postérieure des cuisses, sans altération de la sensibilité profonde.

En bref, un examen clinique caractérisé par une limitation douloureuse localement de la flexion latérale et antérieure lombaire sans franc syndrome lombovertébral et des troubles sensitifs superficiels intéressant les fesses et la face postérieure des deux cuisses.

L'examen clinique a été complété par un EMG des membres inférieurs qui s'est révélé à nouveau normal, ne démontrant pas de signes d'atteinte neurogène périphérique significatifs dans l'ensemble des muscles examinés et dépendant des myotomes L3 à S1.

J'ai revu l'ensemble des documents radiologiques à disposition. [...]

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, Madame W. _____ a donc été victime le 24.7.2003 d'une chute d'une échelle de 2,5 mètres ayant entraîné une contusion lombaire s'étant possiblement compliquée d'une fracture de S4 et vraisemblablement d'une contusion du cône médullaire si l'on en croit le caractère des plaintes et les constatations cliniques initiales bien que cela ne puisse être clairement documenté.

Dans le cours ordinaire des choses, compte tenu de l'absence d'anomalies majeures aux examens radiologiques/neuroradiologiques pratiqués initialement et de la bonne évolution immédiate des troubles, l'évolution post-traumatique de Madame W. _____ aurait dû être beaucoup plus favorable que celle objectivée actuellement. Se pose donc la question de facteurs étrangers à l'événement accidentel jouant un rôle dans l'évolution du cas, Parmi les facteurs étrangers à l'événement accidentel, on citera 1) les altérations dégénératives discales mises en évidence aux différents examens radiologiques et aux discographies effectuées par le Prof. L. _____ et 2) les facteurs psychologiques qui seuls paraissent pouvoir rendre compte de l'importance actuelle des troubles et de l'atypie de certaines des constatations cliniques par rapport à la discrétion des éléments objectifs, notamment lors des différents examens paracliniques. On est tout particulièrement frappé par l'importance du syndrome lombovertébral persistant avec une importante limitation de la mobilité mais pas de contracture paravertébrale significative, syndrome lombovertébral difficilement explicable par les conséquences de l'événement accidentel d'une part et par les altérations dégénératives disco-vertébrales d'autre part. L'hypothèse d'altérations discales objectivées à la discographie reste bien entendu tenable mais les anomalies discales mises en évidence aux examens radiologiques sont à mon sens assez banales et n'expliquent, ipso facto, une relation de causalité entre les plaintes

et les altérations dégénératives discales précitées malgré le résultat des discographies, l'interprétation des anomalies mises en évidence à ces dernières restant à mon sens incertaine. S'agissant des troubles sensitivo-moteurs et sphinctériens dont se plaint la patiente, ces derniers n'ont jamais été franchement objectivés par les examens complémentaires. En conséquence, si la contusion initiale du cône médullaire paraît probable, il n'y a pas d'explication traumatologique claire à l'importance actuelle des troubles et à leur répercussion sur la vie personnelle et professionnelle de la patiente.

Outre le problème de relation de causalité entre les plaintes actuelles et l'événement accidentel, cette dissociation entre l'importance des plaintes et l'accident joue également un rôle dans l'appréciation des mesures thérapeutiques à envisager. En effet, au vu de l'échec au moins partiel des différents traitements tentés jusqu'ici, se pose la question de l'indication à des mesures plus invasives telles que spondylodèse, prothèse discale, mise en place d'une pompe à morphine ou d'un stimulateur épimédullaire dans un contexte où les facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle important dans la réponse aux différents traitements.

A la lecture du dossier, on s'aperçoit que plusieurs des intervenants tels que le Dr K._____, le Dr T._____ se sont avérés très hésitants à proposer des mesures chirurgicales agressives compte tenu d'éventuels facteurs psychologiques. Pour cette raison, avant d'envisager d'autres mesures thérapeutiques telles que pompe à morphine, stimulateur épimédullaire (éventuellement intervention chirurgicale) dont le résultat thérapeutique reste très hypothétique dans le contexte global actuel, je pense qu'un examen psychiatrique approfondi visant à déterminer si possible l'importance des facteurs psychologiques et leur répercussion sur l'évolution du cas devrait être envisagé afin de ne pas entrer dans une spirale thérapeutique de plus en plus agressive qui ne modifierait en fait pas les plaintes de la patiente en l'absence de substrat somatique suffisant.

Pratiquement, je propose donc la poursuite du traitement actuel et une appréciation psychiatrique afin de déterminer la situation psychologique actuelle de la patiente et les chances de succès d'éventuelles mesures thérapeutiques additionnelles notamment de mesures thérapeutiques invasives.

Sur le plan de la capacité de travail, en l'état actuel des choses, je ne pense pas que l'on puisse exiger de la patiente une capacité de travail supérieure à 30 %.

En ce qui concerne la relation de causalité entre les troubles actuels et l'événement accidentel du 24.7.2003, on peut dire que l'accident du 24.7.2003 représente le facteur déclenchant de la symptomatologie chez cette patiente n'ayant préalablement jamais souffert de rachialgies. S'agissant des troubles actuels, il paraît plus difficile de mettre en relation de causalité naturelle l'importance persistante des troubles ainsi que leurs conséquences sur l'activité personnelle et professionnelle de la patiente d'une part et l'événement accidentel du 24.7.2003 d'autre part. »

Par décision du 7 février 2007, la CNA a mis fin à ses prestations, les troubles dont se plaignait encore l'assurée ne pouvant plus

s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident dont elle avait été victime.

Le Dr C._____, dans son rapport du 17 février 2007, a indiqué que les répercussions de l'atteinte à la santé sur l'activité professionnelle étaient majeures puisque l'assurée ne pouvait plus travailler qu'à 30% et qu'il n'était pas envisageable qu'elle puisse augmenter son temps de travail, le fait de pouvoir travailler à 30% étant lié au Lyrica, médicament sans lequel elle ne pouvait pas travailler. Il a expliqué que dans le cadre de ces 30%, elle passait deux demi-journées chez son employeur et une demi-journée à son domicile, travaillant sur l'ordinateur. Il estimait qu'il était peu probable qu'elle puisse retrouver du travail dans sa formation de dessinatrice sur machine, mais qu'il était possible qu'un travail à domicile sur ordinateur puisse lui permettre d'augmenter son temps de travail de 10% ou 20%, une activité à plus de 50% n'étant pas envisageable, tant l'assurée devait se mobiliser. Le Dr C._____ était ainsi d'avis que dans l'activité actuelle, la diminution de rendement était de 70%, cette diminution pouvant peut-être être réduite à 50% avec un travail sur ordinateur à domicile dans une réinsertion professionnelle mais que l'assurée ne pourrait probablement pas endurer la formation d'une réinsertion professionnelle. Il a ajouté que l'assurée ne pouvait rester plus de trois quarts d'heure assise et que son état nécessitait de fréquents changements de position.

Dans un avis médical du 19 avril 2007, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne au Service médical régional de l'AI (SMR), a retenu les diagnostics influençant la capacité de travail de dorsolombalgies chroniques secondaires dans un contexte de multiples hernies intraspongieuses dorsales, de discopathies pluri-étagées de L1 à S1 sans évidence de compression radiculaire, de possible status post fracture de S4 et contusion du cône terminal et de probables facteurs de surcharge psychogène dans un contexte d'état anxio-dépressif non qualifié dans la CIM-10. Il a fait état des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charge de plus de 5 kg, pas de position du tronc tenue en porte-à-faux, pas de flexion-rotation répétées du tronc,

possibilité d'alterner les positions assise et debout chaque heure. Le Dr X._____ a relevé que d'après le Dr N._____, la capacité de travail actuelle était de 30%. Néanmoins, la part de cette incapacité de travail entre les séquelles de l'accident et les autres empêchements ne ressortait pas clairement du texte de l'expertise. La décision de la CNA faisant l'objet d'une contestation par l'assurée, il était préconisé d'attendre l'issue de cette procédure.

Par décision sur opposition du 23 avril 2007, la CNA a confirmé son premier prononcé.

Dans une lettre du 20 juillet 2007 adressée à l'OAI, le Dr Q._____, psychiatre, a mentionné notamment ce qui suit :

« En effet, cette patiente au vécu infantile très lourd, s'est structurée sur le mode d'une névrose de caractère et se défend essentiellement par la maîtrise et le retournement de ses besoins de dépendance. Ces mécanismes ont très bien fonctionné jusqu'en 2003, date de son accident, et lui ont permis de mener une vie active, voire hyperactive, mais satisfaisante. Tout a basculé avec l'accident et ses conséquences somatiques et les douleurs chroniques très handicapantes qui en ont résulté.

Sur le plan psychiatrique, Mme W._____ présente un état dépressif qui résulte inévitablement des suites de ses douleurs chroniques rebelles, qui limitent ses activités et perturbent son sommeil. De plus Mme W._____, qui a une activité professionnelle "fractionnée", ce qui est possible grâce à un arrangement avec un ami, et qui correspond à peu près à une activité de 30%, doit faire face à une diminution proportionnelle de ses revenus. Il ne semble pas que pour l'instant il soit envisageable d'augmenter cette activité. Ceci représente une dépendance de son entourage, ce qui la préoccupe à juste titre par rapport à son avenir, mais va aussi à l'encontre de tous ses mécanismes de défense, d'où une aggravation de son état dépressif. »

Dans une lettre du 6 août 2007 adressée au Dr X._____ et en réponse aux questions posées par ce praticien le 29 juin 2007, le Dr N._____ a précisé notamment ce qui suit :

« [...] lorsque je parle d'une capacité de travail ne dépassant pas actuellement 30%, j'entends une incapacité de travail "globale" comportant les éléments psychiques et somatiques. Bien entendu, cette incapacité de travail a été appréciée dans le contexte

asséculoologique de troubles apparus dans les suites d'un traumatisme.

Si l'on exclut les facteurs psychiques éventuels, il n'y a pas sur un plan strictement somatique d'éléments post-traumatiques et maladiques justifiant une incapacité de travail significative dans l'activité d'architecte d'intérieur/directrice d'entreprise d'agencement de cuisine puisque tant l'examen somatique que les différents examens paracliniques effectués jusqu'ici ne démontrent pas de pathologie somatique tant post-traumatique que malade susceptible d'expliquer une incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement.

En conséquence de ce qui précède, je pense qu'il convient de faire pratiquer une expertise psychiatrique visant à déterminer la situation psychique actuelle de la patiente et l'incapacité de travail éventuelle qui en découle.

Si l'examen psychiatrique ne retient pas d'incapacité de travail significative sur le plan psychique, il n'y aura pas non plus pour les éléments mentionnés plus haut, d'incapacité de travail significative sur le plan somatique, les altérations dégénératives disco-vertébrales mises en évidence aux examens radiologiques ne justifiant pas, en soi, la reconnaissance d'une incapacité de travail dans l'activité exercée préalablement ainsi que dans toute autre activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port de charges régulier supérieur à 15 kilos et autorisant des changements relativement fréquents de position. »

Par lettre du 31 août 2007 adressée à l'OAI, le Dr Q. _____ a écrit ce qui suit :

« Pour le diagnostic et la situation actuelle de cette patiente, je vous renvoie à mon courrier du 20 juillet dernier (copie annexée) et aux différents rapports de ses médecins somaticiens.

Sa capacité de travail est de 30%, dans une activité de gestion d'une petite PME. Cette activité lui est fournie par un ami et lui offre une très grande souplesse dans ses horaires et lui permet également d'effectuer certaines tâches à domicile. Cette souplesse est indispensable et permet à Mme W. _____ de s'organiser en fonction de son état et de l'intensité de ses douleurs. Elle peut ainsi fractionner son temps de travail.

Le souhait de Mme W. _____ serait de pouvoir suivre des cours de perfectionnement dans l'idée de pouvoir éventuellement se mettre à son compte, mais sa capacité de travail ne semble pas pouvoir être augmentée de manière significative. En effet des traitements antalgiques sophistiqués ont été tentés, mais avec plus d'inconvénients que d'avantages, et ont été abandonnés. »

Une expertise pluridisciplinaire a été confiée au Centre d'Expertises Médicales (CEMed) par l'OAI. Après avoir examiné l'assurée les 5 octobre et 13 décembre 2007, les Drs R. _____, rhumatologue,

J._____, psychiatre et N._____, neurologue, ont établi leur rapport 11 janvier 2008, dont il résulte ce qui suit :

« Conclusions

Sur le plan rhumatologique, Mme W._____ présente d'importantes lombalgies depuis l'accident de 2003 associées à des troubles sensitifs. Les rapports des examens effectués ou sur les examens apportés par l'assurée ne révèlent que des discopathies très modérées et il n'y a pas de lésions objectives permettant d'expliquer l'intensité des plaintes actuelles.

La capacité de travail doit donc être considérée complète, sans restriction.

Sur le plan neurologique, la situation est superposable à celle observée lors de l'expertise effectuée en août 2006 à la demande de la SUVA. En effet, en dehors de quelques troubles sensitifs superficiels et d'une limitation majeure de la mobilité du rachis lombaire contrastant avec l'absence d'anomalies intra-rachidiennes significatives mises en évidence aux examens radiologiques, l'examen clinique est sans anomalie et si l'écoute de la patiente pourrait effectivement suggérer une atteinte neurologique et notamment une atteinte du cône du médullaire survenue lors de l'événement accidentel, il n'y a pas à l'examen clinique ainsi qu'aux examens complémentaires d'éléments déterminants permettant d'expliquer du point de vue neurologique les plaintes formulées par Mme W._____. En l'absence d'une explication neurologique aux troubles, aucune incapacité de travail ne peut être retenue du point de vue strictement neurologique.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours en limitant toute mesure invasive qui n'aurait que potentiellement peu de chances d'améliorer significativement la situation.

Sur le plan psychique, on ne peut actuellement retenir aucun trouble de l'humeur, ni autre psychopathologie ou trouble de la personnalité. On se trouve face à une personne ayant des plaintes douloureuses non expliquées objectivement, en l'absence de troubles psychiques évidents. La lecture du dossier ne montre aucune évidence de trouble de l'humeur important.

Le psychiatre consulté parle d'état dépressif réactionnel, sans spécifier la gravité, il mentionne une personnalité de type névrose de caractère. En l'état, il est difficile d'infirmier ou de confirmer ce diagnostic, on notera par contre que le fonctionnement de Madame est globalement toujours resté dans des normes acceptables, malgré la description de son enfance difficile, la relation dysfonctionnelle avec sa mère, l'absence de son père, ses fugues, etc. Si ce diagnostic était retenu, il permettrait certes de comprendre comment l'assurée a pu fonctionner dans ses divers secteurs de vie, mais on remarquera aussi qu'elle a pu établir une relation affective fonctionnelle et durable, et qu'elle a été très bien adoptée par sa belle-famille.

Lors d'une hospitalisation (janvier 2006) il a été mentionné un épisode dépressif léger dans un contexte de trouble dépressif récurrent. Si on peut admettre l'épisode, la récurrence n'est pas évidente, nous n'avons pas pu mettre en évidence des épisodes dépressifs séparés et significatifs.

Actuellement nous ne pouvons pas sur le plan de l'humeur retenir de trouble au-delà du niveau d'une dysthymie.

Les plaintes somatiques ne sont pas expliquées objectivement, cela ouvre dans ce contexte la question d'un trouble dissociatif (de conversion) ou d'un trouble somatoforme. Il n'y a pas d'arguments pour soutenir un diagnostic de trouble somatoforme, notamment pas de détresse manifeste, de plus il y a absence de trouble psychique et l'insertion sociale est très bonne.

La question d'une conversion se pose, mais le trouble n'est pas très envahissant, il n'empêche pas un certain nombre d'activités, il manque par ailleurs des éléments plus démonstratifs et caractériels.

Nous n'avons aucun argument pour une simulation ou une tendance à l'exagération consciente.

En résumé, en l'absence de comorbidité grave, la capacité de travail doit être considérée comme complète, même si un trouble somatoforme ou dissociatif était retenu, le trouble ne pourrait pas être considéré comme invalidant. »

Les experts ont posé les diagnostics de lombalgies chroniques depuis le 24 juillet 2003, de troubles sensitifs lombosacrés depuis le 24 juillet 2003 sans explication somatique objectivable et de dysthymie, ces diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. Ils n'ont pas retenu de limitations fonctionnelles significatives, l'activité exercée pouvant l'être à 100% et la capacité de travail étant entière, sauf durant la période ayant suivi l'accident et assurée par la CNA.

Dans un rapport du SMR du 29 janvier 2008, le Dr X. _____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de contusion lombo-sacrée et syndrome post-contusionnel du cône terminal (T91.9). Comme diagnostics sans influence sur la capacité de travail, il a indiqué des lombalgies chroniques, des troubles sensitifs lombo-sacrés et une dysthymie. Il a retenu les incapacités de travail suivantes : 100% du 24 juillet 2003 au 30 juin 2004, 70% du 1^{er} juillet 2004 au 31 janvier 2007 et 0% depuis le 1^{er} février 2007, la capacité de travail dans la profession antérieure étant entière dès cette date.

Le 14 juillet 2008, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente. S'appuyant notamment sur l'expertise du CEMed, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle du 24 juillet 2003 (début du délai d'attente d'un an) au 30 juin 2004. Dès le 1^{er} juillet 2004, l'assurée

avait pu reprendre son activité de dessinatrice-technicienne-vente à raison de 30%. A partir du 1^{er} février 2007, sa capacité de travail dans son activité habituelle pouvait être considérée comme totale. Dès lors, l'assurée aurait pu prétendre à une rente dès le 1^{er} juillet 2004, soit à l'échéance du délai de carence d'un an. Or elle n'avait déposé sa demande de rente que le 30 septembre 2005. En application de l'art. 48 LAI, selon lequel les prestations ne sont allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande AI, le droit à une rente entière était donc ouvert dès le 1^{er} septembre 2004, l'invalidité étant de 70% à ce moment-là. Cette rente était toutefois supprimée dès le 30 avril 2007, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé de l'assurée.

Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée s'est opposée à ce projet et a produit une lettre du 18 août 2008 adressée à son conseil par le Dr Q._____, dont il résulte notamment ce qui suit :

« Comme nous en avons parlé par téléphone, je suis en désaccord avec les conclusions de cette expertise quant à la capacité de travail de Mme W._____.

Je relève que l'expert, qui pourtant souligne « que Mme W._____ garde le sourire tous les jours, a des amis formidables, une vie formidable », dans ce contexte de douleurs si handicapantes, n'a pas poussé plus loin l'investigation sur les troubles de la personnalité que cela suggère. Il ne formule pas non plus d'hypothèses psychodynamiques pour expliquer cet apparent paradoxe. Je suis très étonné que cet état de fait n'ait pas amené l'expert à demander une investigation psychologique avec des tests de personnalité, qui à mon avis doivent mettre en évidence une pathologie de la personnalité. »

Dans un avis médical du 3 novembre 2008, le Dr X._____ a indiqué ce qui suit :

« J'ai pris connaissance des pièces versées au dossier dans le cadre de la procédure d'audition. Le courrier du Dr Q._____ 18/08/2008 exprime son désaccord avec les conclusions de l'expertise.

Les douleurs sont citées en premier dans son courrier, elles ont été prises en compte par le COMAI et ne constituent pas un fait nouveau.

Il est ensuite reproché à l'expert de ne pas avoir "poussé plus loin l'investigation sur les troubles de la personnalité que cela suggère", or ce spécialiste, qui suit l'assurée de longue date, n'a jamais avancé cette hypothèse dans les rapports médicaux ou courriers qu'il a adressés à l'institution. De plus à aucun moment de

l'anamnèse du COMAI ou de l'examen psychiatrique il n'a été mis en évidence de critères-symptômes CIM-10 d'un trouble de la personnalité. Les CI témoignent d'une insertion durable dans le monde de l'économie depuis 1981 jusqu'en 2004. L'assurée a été durablement intégrée au monde de l'économie. De fait le COMAI ne retient aucun empêchement qui prendrait sa source dans la sphère psychique et il n'y a pas de trouble de la personnalité au sens de la CIM-10.

Le Dr Q._____ évoque ensuite le fait que l'expert, selon lui, n'a pas formulé "d'hypothèses psychodynamiques pour expliquer cet apparent paradoxe" ce qui s'explique par la pratique de l'expertise qui base ses conclusions sur des faits médicaux et non sur des hypothèses, ce qui est différent de l'approche de la médecine curative.

Le Dr Q._____ ne présente aucun fait médical nouveau depuis l'expertise COMAI. D'un point de vue médico-asséculo-logique il s'agit de l'appréciation différente d'une même situation. »

Par décision du 19 mai 2009, l'OAI a confirmé son projet de décision.

B. Le 19 juin 2009, W._____, représentée par CAP Protection Juridique SA, a recouru contre cette décision en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière continue à lui être allouée au-delà du 30 avril 2007 et, subsidiairement, à son annulation, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction et décision. A l'appui de son recours, elle fait notamment valoir que l'expertise du CEMed sur laquelle se base principalement la décision contestée ne remplit pas les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante.

Le 14 septembre 2009, l'OAI a conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique, la recourante a maintenu ses conclusions et a requis l'audition du Dr Q._____.

Dans sa duplique, l'OAI a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans les trente jours dès la notification de la décision litigieuse (art. 95 LPA-VD et 60 al. 1 LPGA) et respecte les autres conditions de recevabilité. Il convient donc d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2007. L'intimé a notamment considéré, en se fondant sur l'expertise du 11 janvier 2008 du CEMed, que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans son activité habituelle depuis le mois de février 2007. La recourante conteste cette appréciation et soutient continuer à avoir droit à une rente entière dès lors qu'elle souffre énormément et que son état psychique est en perpétuel déclin.

Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire, doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2 ; 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 ; 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3).

En vertu de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 ; TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Pour la période précédant le mois de mai 2007, l'intimé a reconnu le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité, ce qui ne prête pas flanc à la critique au regard des pièces médicales au dossier. Il n'y a donc pas lieu de revenir plus avant sur la question. En outre, la

recourante ne conteste pas, à juste titre, la fixation du début du droit à la rente au 1^{er} septembre 2004.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de celle année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à la rente a pris naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demie rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois-quart de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, prévoyait que le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 al. 1 LPGA). En

cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343, consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215, consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

Cette définition implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité ("revenu hypothétique sans invalidité") avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré ("revenu d'invalidé") ; c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343, consid. 3.4).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa

désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des références médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 351, consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé qu'il n'y avait pas lieu de mettre en doute la valeur probante d'une expertise réalisée dans un Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI), conformément à l'art. 44 LPGA, au seul motif que celui-ci était lié par un contrat-cadre avec l'Office fédéral des assurances sociales et fréquemment mandaté par les offices de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210, consid. 1.2, 1.3.3, 2.3, 3.3.2, 3.4.2.7 in fine ; cf. également ATF 136 V 376). Il a par ailleurs considéré que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en oeuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210, consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le place dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références).

5. a) Sur le plan somatique, les experts du CEMed posent les diagnostics de lombalgies chroniques depuis le 24 juillet 2003 et de

troubles sensitifs lombosacrés depuis le 24 juillet 2003, sans explication somatique objectivable.

Sur le plan rhumatologique, ils exposent que la recourante présente certes d'importantes lombalgies depuis l'accident de 2003, associées à des troubles sensitifs, mais que les rapports des examens effectués ne révèlent que des discopathies très modérées et aucune lésion objective permettant d'expliquer l'intensité des plaintes actuelles, raison pour laquelle ils considèrent la capacité de travail complète, sans restriction.

Il en va de même sur le plan neurologique. En effet, les experts expliquent que la situation est superposable à celle observée lors de l'expertise effectuée en août 2006 par le Dr N._____, dès lors qu'en dehors de quelques troubles sensitifs superficiels et d'une limitation majeure de la mobilité du rachis lombaire contrastant avec l'absence d'anomalies intra-rachidiennes significatives mises en évidence aux examens radiologiques, l'examen clinique est sans anomalie. Que ce soit à l'examen clinique ou aux examens complémentaires, ils n'ont en effet pas constaté d'éléments déterminants permettant d'expliquer du point de vue neurologique les plaintes formulées par la recourante.

S'agissant de l'évolution de la capacité de travail sur le plan somatique, les experts estiment que l'incapacité de travail a débuté le jour de l'accident, le 24 juillet 2003, et qu'elle a duré pendant la période prise en compte par la CNA, à savoir jusqu'en février 2007.

Sur ce plan, le rapport d'expertise souscrit aux réquisits de la jurisprudence. En effet, il comporte une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et procède à un examen détaillé de son cas. Il est exempt de contradictions et ses conclusions sont claires et motivées. Il n'est par ailleurs mis en doute par aucun rapport médical émanant de spécialiste, de sorte qu'il a valeur probante. Il y a lieu ainsi de retenir une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle de la recourante, dès février 2007.

b) Sur le plan psychique, le diagnostic de dysthymie, n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail, est retenu par les experts.

La recourante, se référant aux pages 21 et 22 de l'expertise, soutient en substance que l'expert psychiatre, qui s'interroge sur le discours de la recourante où rien ne va sur le plan somatique et où tout est si formidable dans sa vie privée, aurait dû demander une investigation psychologique avec des tests de la personnalité, lesquels devraient mettre en évidence une pathologie de personnalité, comme le relève le Dr Q._____ dans la lettre du 18 août 2008. Elle estime en outre que l'expert ne pouvait conclure à l'absence de trouble psychique alors qu'il écrit ne pas être en mesure de confirmer ou d'infirmer l'avis du médecin psychiatre de la recourante, lequel estime que sa patiente souffre d'un état dépressif réactionnel. Elle en déduit que l'expertise contient de nombreuses contradictions et qu'elle n'a donc pas valeur probante. La recourante reproche également à l'OAI de ne pas avoir pris en compte les critiques de son psychiatre traitant à l'égard de l'expertise.

Au status (p. 17 de l'expertise), les experts mentionnent que l'observation ne met pas en évidence de signes dépressifs ou anxieux, si ce n'est quelques propos inquiets, aucune idéation morbide ou suicidaire n'étant relevée. Ils indiquent que le discours est plus centré sur les douleurs que sur l'humeur en soi, l'image de soi ne semblant pas touchée hors les problèmes somatiques et qu'il n'y a aucun signe en direction d'un trouble psychotique, aucune évidence de délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée, ni de fuite des idées, aucune tendance digressive et aucune logorrhée particulière. Les experts relèvent (p. 21 de l'expertise) que la recourante n'a que très peu de plaintes, les douleurs se répercutant sur le moral, mais que pour le reste elle a déclaré pouvoir aller très bien sur le plan de l'humeur, décrivant une vie formidable et des amis formidables. Ils mentionnent certes être un peu surpris face un discours où rien ne va sur le plan somatique et où tout est si formidable dans la vie privée, mais indiquent que conformément au status, l'observation est congruente, aucun trouble particulier n'étant observé. Ils confirment cette

appréciation en p. 22 de l'expertise en indiquant que l'on ne peut actuellement retenir aucun trouble de l'humeur, ni autre psychopathologie ou trouble de la personnalité. En ce qui concerne l'appréciation du Dr Q._____, les experts relèvent que ce praticien parle d'un état dépressif réactionnel, mais qu'il n'en spécifie pas la gravité. Quant au diagnostic de type névrose de caractère, ils indiquent certes qu'il est difficile d'infirmier ou de confirmer ce diagnostic, mais notent que de toute manière, le fonctionnement de la recourante est globalement toujours resté dans des normes acceptables, malgré la description de son enfance difficile, et que si ce diagnostic était retenu, il permettrait de comprendre comment la recourante a pu fonctionner dans ses divers secteurs de vie. Ils remarquent toutefois qu'elle a pu établir une relation affective fonctionnelle et durable, et qu'elle a été très bien adoptée par sa belle-famille.

Enfin, les experts rappellent que lors d'une hospitalisation en janvier 2006, il a été mentionné un épisode dépressif léger dans un contexte de trouble dépressif récurrent. Ils expliquent que s'ils peuvent admettre l'épisode, la récurrence n'est pas évidente, et qu'ils n'ont pas pu mettre en évidence des épisodes dépressifs séparés et significatifs.

En conséquence, ils retiennent le diagnostic de dysthymie, sans incidence sur la capacité de travail.

Il résulte de ce qui précède que les motifs exposés par les experts les ayant conduits à cette conclusion sont détaillés et exempts de contradictions.

Le Dr Q._____, dans son courrier du 18 août 2008, n'apporte aucun élément objectif nouveau, mais une appréciation différente. On relèvera en particulier qu'il émet l'hypothèse qu'une investigation psychologique avec des tests de personnalité devrait mettre en évidence une pathologie de la personnalité, mais comme le relève le Dr X._____, le Dr Q._____, qui suit la recourante de longue date, n'a jamais avancé cette hypothèse dans les rapports médicaux ou courriers qu'il a adressés à

l'intimé. De plus, à aucun moment de l'anamnèse ou de l'examen psychiatrique il n'a été mis en évidence de critères-symptômes CIM-10 d'un trouble de la personnalité. L'extrait de compte individuel AVS de la recourante témoigne d'ailleurs d'une insertion durable dans le monde de l'économie de 1981 à 2004.

Il y a lieu de remarquer au surplus qu'une expertise ne se fonde pas sur des hypothèses mais sur des faits et que tel est bien le cas de la présente expertise, fondée tant sur les éléments ressortant de l'ensemble du dossier que sur l'examen clinique auquel il a été procédé.

En conclusion, ce rapport d'expertise, sur le plan psychique également, souscrit aux conditions posées par la jurisprudence pour détenir valeur probante. En effet, il comporte une anamnèse, fait état des plaintes de la recourante et procède à un examen détaillé de son cas. Ses conclusions sont claires et motivées et il est exempt de contradictions. Il n'y a aucun motif de s'en écarter, de sorte que l'on doit admettre que la capacité de travail de la recourante est également entière sur le plan psychiatrique.

c) Le dossier étant complet, il n'y a pas lieu d'interpeller le Dr Q._____. La requête de la recourante en ce sens doit donc être rejetée.

d) C'est ainsi à juste titre que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail dès février 2007 dans l'activité habituelle de la recourante, entraînant la suppression de la rente trois mois plus tard.

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

En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais

de justice ; 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de W._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- CAP Protection Juridique SA (pour W._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

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 :