

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 octobre 2019

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

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

**Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 2, 59 al. 5 LAI ;
art. 49 al. 2 RAI**

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...] et titulaire d'un CFC d'employée de commerce qu'elle a mis en valeur dans l'économie à temps plein jusqu'en 1999, a été victime d'un accident le 31 août 1999 lors duquel elle a chuté d'un cheval.

Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), le 10 novembre 2000, évoquant des atteintes survenues ensuite dudit accident.

Aux termes d'un rapport du 24 mars 2000, les Drs SK._____, spécialiste en neurologie, et LH._____, tous les deux médecins à la Clinique [...], ont posé les diagnostics de radiculopathie S1 bilatérale post-traumatique, le 31 août 1999, de fracture transverse des deux ailerons sacrés et de l'arc postérieur de S1 avec bascule de S1 sur S2 le 31 août 1999, consolidée avec fusion partielle de l'articulation sacro-iliaque droite, d'état anxio-dépressif réactionnel, de dyshyrose dermatophytique des pieds, d'acné modéré et de xérose des mains.

Le 14 juillet 2000, le Dr VM._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, a posé les diagnostics de lombosacralgies post-traumatiques (31 août 1999), avec status après fracture transverse des deux ailerons sacrés et de l'arc postérieur de S1 avec bascule S1-S2, fusion partielle de l'articulation sacro-iliaque droite, radiculopathie S1 bilatérale post-traumatique et hernie discale L4-L5, ainsi que d'état anxio-dépressif réactionnel.

Dans un avis médical du 25 avril 2001, le Dr B._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré qu'il existait incontestablement des lésions organiques sévères post-traumatiques touchant la région sacropelvienne associées à des

lésions neurologiques documentées à l'électromyogramme. Il existait une atteinte à la santé entraînant une incapacité prolongée de travail. Le Dr B._____ estimait qu'à priori, le travail devrait progressivement pouvoir être repris, vraisemblablement dans la profession d'origine, d'autant plus que la patiente avait un CFC d'employée de commerce et qu'elle était trilingue. Cependant, compte tenu de la gravité des lésions objectives et de l'ébranlement existentiel que l'accident d'août 1999 avait induit, on ne pouvait compter que sur une reprise du travail très progressive. La situation post-traumatique n'était par ailleurs pas stabilisée.

Par décision du 21 mai 2001, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente basée sur un degré d'invalidité de 100 % à partir du 1^{er} août 2000.

B. Aux termes d'un rapport du 13 juin 2001, le Dr D._____ et la Dre K._____, spécialistes en médecine physique et réadaptation au Service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil moteur du Centre hospitalier H._____ (ci-après : le H._____), ont posé le diagnostic de lombo-sacralgies persistantes post-traumatiques : fracture transverse du sacrum au niveau S1/S2 avec atteinte radiculaire bilatérale en S1 (accident du 31 août 1999), discopathie L4/L5 et déconditionnement musculaire global secondaire. Ils ont estimé qu'en ce qui concernait la capacité de travail de l'assurée, il était difficile de l'imaginer s'intégrer actuellement malgré la volonté qu'elle exprimait. Un essai de reprise de travail à temps partiel (2-3 heures par jour) pouvait être tenté dans une activité adaptée.

Dans le cadre de la procédure menée en parallèle par l'assureur-accidents, le Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin auprès de cet assureur, a notamment rapporté, le 2 avril 2001, que l'assurée avait indiqué être capable d'effectuer une heure de marche, mais ressentait ensuite une fatigue douloureuse au sacrum. La voiture lui était aussi pénible lorsque les trajets étaient prolongés. En position assise, cela

pouvait aller pendant une heure lorsqu'elle avait un siège adéquat et moyennant l'utilisation d'un coussinet qu'elle transportait toujours avec elle. Les sièges trop mous lui étaient particulièrement inconfortables. Elle était limitée pour le ménage. Elle avait cependant pu reprendre doucement certaines activités sportives telles que natation, marche, vélo pour de courtes distances et badminton. Le Dr W. _____ a estimé que la capacité de travail actuel restait toujours nulle, mais il pensait qu'un reconditionnement progressif était hautement souhaitable sans trop tarder. Selon ce médecin, l'on s'acheminait vers un état de stabilisation devant permettre la liquidation asséculoologique du cas dans un délai prévisible de deux ans à dater de l'accident.

Le Dr W. _____ a rendu un autre rapport ensuite d'un examen médical final du 26 février 2002. Il a notamment indiqué que la démarche était lente mais sans boiterie. Il a considéré qu'il subsistait actuellement des séquelles sous forme de douleurs subjectives du sacrum remontant sur la colonne vertébrale avec difficulté pour la position assise. Il a relevé objectivement la présence d'une angulation secondaire post-fracturaire du sacrum, dont la consolidation était actuellement acquise, associée à un syndrome sacro-iliaque et à des dysesthésies des membres inférieurs en relation avec une atteinte S1 documentée par électromyogramme. Le Dr W. _____ estimait se trouver actuellement devant un tableau de douleurs permanentes plus ou moins intenses même au repos et accentuées par les efforts avec quelques dysesthésies d'origine radiculaire probable. Il retenait qu'une capacité de travail à 50 % serait exigible dans un travail léger n'exigeant pas la situation assise ni les manutentions dépassant 5 kgs et permettant l'introduction de pauses fréquentes.

Dans une communication du 22 juillet 2002, l'OAI a informé l'assurée qu'après avoir examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, ce dernier était donc maintenu.

C. Le 26 août 2005, l'assureur-accidents a notamment indiqué qu'afin de préciser ses obligations actuelles, il avait décidé de soumettre l'assurée à une expertise psychique.

Par rapport du 26 décembre 2005, le Dr D._____ a posé le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombopygalgie chronique dans un contexte de status après fracture sacrée de S1-S2 en 1992, de discopathie dégénérative L4-L5, sans conflit discoarticulaire, de microinstabilité L4-L5, de neuropathie résiduelle S1 bilatérale et de déconditionnement physique locorégional et général, et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de gastroparésie et colopathie spasmodique, d'alopécie androgénique et de composante anxiogène, bien stabilisée actuellement. Il estimait que la situation était extrêmement critique et que sur le plan professionnel, les essais de reprise dans le cadre d'une activité adaptée avaient été largement conduits par le passé, sans pour autant parvenir à rendre cette situation réellement tolérable. Il était donc totalement illusoire de vouloir envisager une réorientation professionnelle ou encore une meilleure adaptation du poste de l'intéressée. On ne pouvait exiger qu'elle exerce une activité.

Aux termes d'un rapport d'expertise psychiatrique du 24 mars 2006 ensuite d'un entretien du 4 janvier 2006, le Dr F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Mme C._____, psychologue-psychothérapeute, ont posé les diagnostics de probable trouble de somatisation sévère et de personnalité avec des traits histrioniques « décompensée », constituant un probable trouble de conversion hystérique. Ils ont apprécié la situation comme il suit (*sic*) :

« [...] »

1. ANAMNESE

1.1 CIRCONSTANCES DE L'EXPERTISE

[...]

Le Dr D._____, dans un rapport médical intermédiaire à la SUVA du 9.6.2005, parle "d'un status après fracture sacrée S1-S2 en 1992;

discopathie dégénérative L4-L5, sans conflit discoradiculaire; déconditionnement physique locorégional et général; microinstabilité potentielle; neuropathie résiduelle S1 bilatérale; trouble du transit intestinal et colopathie spasmodique qui ultérieurement a bien répondu à un traitement de Librax". Le Dr D._____ estime que la capacité de travail est complète.

[...]

1.3 ANAMNESE AFFECTIVE

Madame S._____ aurait toujours eu une vie sociale bien remplie qui est toujours jugée comme satisfaisante. Elle est encore très entourée par ses amis et amies qu'elle voit régulièrement.

[...] Le couple a une vie sociale bien remplie.

[...]

2. INDICATIONS SUBJECTIVES DE L'ASSURE(E)

[...]

2.2 Fonctionnement psychosocial (hors professionnel)

Madame S._____ se lève le matin en général vers les 8h00 avec son compagnon. Elle fait sa toilette, prend son petit déjeuner. Par la suite, elle consulte sa messagerie électronique. Souvent, elle se rend chez l'ostéopathe, Monsieur [...], qu'elle voit une fois par semaine, ce qui lui aurait permis de mieux gérer ses douleurs. L'assurée a une femme de ménage car elle n'arriverait pas à effectuer ses tâches ménagères. Elle prépare le repas de midi. L'après-midi elle s'occupe un peu d'informatique, fait une promenade, prend un bain, reste couchée et aide son ami à faire le repas du soir. Après le souper, elle regarde la télévision, souvent couchée, elle a d'ailleurs installé un lit dans son salon.

[...]

3. CONSTATATION OBJECTIVES

[...]

3.2 SYNTHÈSE DES TESTS PSYCHOMETRIQUES

*Le SCL90R est normal pour tous les facteurs, étonnamment aussi pour le facteur *somatisations et symptômes divers*, au test et au retest, résultat qui tendrait à aller dans le sens d'absence d'une atteinte psychopathologique majeure.*

Le VKP avec un score de 6 ne met pas en évidence de trouble particulier de la personnalité.

Le Mini Mult donne un résultat normal mais il est relevé une attitude assez défensive qui pourrait suggérer une certaine psychorigidité ainsi qu'une prise de conscience insuffisante.

[...]

3.4 Examen clinique

Madame S. _____ se présente de façon ponctuelle aux rendez-vous. Il s'agit d'une femme plutôt longiligne, de taille moyenne supérieure, soignée de sa personne. Elle se déplace à vitesse normale. Avant de s'asseoir, elle prend soin de poser sur la chaise un coussin qu'elle a pris avec elle. Durant l'entretien, elle reste sur le siège en se tenant raide, à une ou deux reprises, elle se lève pour signaler son inconfort. D'un abord sympathique, agréable, souriante, la relation s'établit facilement avec Madame S. _____ qui ne paraît pas quérulente, revendicatrice, manipulatrice, ni ne donne le sentiment de vouloir amplifier ses difficultés. [...]

[...] L'appétit est conservé sous réserve que depuis un certain temps elle a de nombreuses intolérances à certains aliments qui provoquent des problèmes gastriques divers. On ne retient pas de baisse de l'élan vital, de la motivation, d'une tendance au retrait social, au repli. Il n'y a pas de troubles patents de la mémoire, de la concentration si ce n'est qu'elle se plaint de difficultés attentionnelles lorsqu'elle a des crises douloureuses. La libido est conservée mais les rapports sont décrits comme douloureux et peu fréquents en raison des douleurs surtout consécutives à certaines positions ce qui représenterait, dans ce domaine, un handicap certain.

[...]

Les plaintes algiques concernent essentiellement "la région sacro-lombaire basse". Les douleurs augmentent durant la journée, sont météo-sensibles, aggravées par le froid, la bise, la période menstruelle. Des douleurs décrites comme "*neurogènes*" par l'assurée, irradiant dans les jambes et les pieds, aggravés par bon nombre de situations.

[...]

4. DIAGNOSTIC

[...]

4.2 Discussion

[...]

Le long entretien que nous avons eu avec Madame S. _____, les tests psychométriques que nous lui avons fait passer, le bilan des examens paracliniques et la lecture attentive des documents en notre possession nous permettent de porter les conclusions suivantes :

D'un point de vue psychopathologique, Madame S. _____ a probablement développé une réaction anxio-dépressive (trouble de l'adaptation) fin 1999 qui a bien répondu à une prise en charge psychothérapeutique dès janvier 2002 auprès de Madame [...] psychologue ainsi qu'à l'introduction d'un antidépresseur en

l'occurrence le Deroxat® puis l'Efexor® à des doses néanmoins insuffisantes et ce jusqu'en 2004. Madame N._____, dans sa lettre à notre attention du 10.1.2006, note que "*depuis 2003 approximativement l'état dépressif et les peurs ont pratiquement disparu,*" constatation corroborée par notre examen clinique. Actuellement, nous ne retrouvons pas de symptômes de la lignée anxieuse, en particulier pour un état de stress post-traumatique, ni du registre dépressif, d'allure psychotique ou de maladie de la dépendance cliniquement significatifs.

Madame S._____ présente actuellement des plaintes douloureuses, extensives qui paraissent organiser son existence. Celles-ci sont accompagnées actuellement de symptômes importants de la sphère gynécologique et digestive, notamment d'intolérance alimentaire. Le trouble douloureux paraît donc une entité clinique beaucoup trop restrictive.

Il faut donc ici évoquer probablement soit un trouble somatoforme indifférencié ou un trouble de somatisation si on prend ici en compte la dimension psychologique de caractère extensif et multisystémique de la douleur.

Nous n'avons aucun autre diagnostic à retenir sur l'Axe I.

Celui-ci prend racine sur une **personnalité** où l'on pourrait retenir quelques **traits histrioniques** tout au plus, qui ne valent pas pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale.

Dans le cas qui nous occupe, le trouble de somatisation pourrait être assimilé à un "accident de conversion" événement qui se rencontre d'habitude surtout chez les sujets présentant une personnalité hystérique. Dans les faits, n'importe qui peut, si le traumatisme psychologique est très fort, réaliser un accident hystérique par exemple après un deuil cruel, une agression, une catastrophe existentielle, un accident. A ce titre, l'accident de cheval du 21.8.1999 est, en soi, susceptible de provoquer un tableau de conversion. Certes, la personnalité hystérique possède un seuil bas et conversif, mais tout individu soumis à une pression trop forte peut exprimer son émotion au niveau du corps.

Dans le cas qui nous occupe, nous avons plutôt affaire à une conversion surtout somatique durable et extensive avec le temps, notamment au niveau digestif, gynécologique. Les nombreux examens médicaux réalisés n'ont pu mettre en évidence une origine organique manifeste. A priori chez Madame S._____ rien ne prédisposait à une telle évolution. Ici, l'événement accidentel inattendu semble concrétiser un champ de personnalité, le corps se trouve déséquilibré dans son schéma, le seuil de tolérance du sujet est dépassé. Bien entendu, "la quantité de l'événement" ne détermine pas forcément une réponse chez plusieurs individus. Elle demeure étroitement liée à la résonance avec les conflits antérieurs de la personnalité.

Après une réaction de stress normale ou adaptative suite à l'accident d'août 1999, succède chez Madame S._____ l'expression de ses plaintes corporelles réalisant "le saut du

psychique au soma". Dans ce type de situation, le seul dialogue possible semble exister dans un premier temps chez l'assurée, plus par l'intermédiaire du corps que par la prise de conscience.

Dans la règle, la conversion supprime l'anxiété et apporte une certaine sérénité au niveau émotionnel ce qui semble être le cas depuis 2003. Madame S. _____ montre à l'autre, par l'affectation au niveau relationnelle, ses besoins de contrôle et de dépendance; et par le mode d'expression corporelle fait également visiblement l'économie de la conscience de ses difficultés psychologiques sous-jacentes.

Actuellement, corrélativement, notre examen clinique ne relève pas d'altérations majeures des fonctions psychiques, si ce n'est un comportement régressif de dépendance, quelques éléments dépressifs et anxieux, mais peu importants. Par nature, ce type de pathologie fait osciller le médecin entre l'organique et le psychique tentant littéralement de le piéger. D'une façon générale, il n'existe aucun substratum organique à l'hystérie, il faut savoir, malgré les pressions du malade et de l'entourage manipulé, limiter les examens.

En conclusion, le diagnostic de **trouble hystérique polysymptomatique**, dans ce cas, prend en compte l'absence de systématisation neuro-anatomique dans la topographie du symptôme ; l'absence d'anomalie des réflexes ostéo-tendineux et cutanés ; la variabilité du symptôme suivant le moment, les circonstances ; sans oublier la nature des plaintes, la multiplicité des médecins consultés, des examens pratiqués.

Dans ce type de pathologie, lorsqu'on se retrouve face à une forme chronique, il faut faire avant tout appel aux possibilités d'abstention thérapeutique du médecin, son principal souci étant de ne pas nuire. Le cas de figure qui reste bon à traiter est celui des symptômes dépressifs et anxieux dont la thérapeutique obéit aux règles usuelles ce qui a été réalisé ici tant au niveau pharmacologique que grâce au soutien de la Dresse N. _____ psychologue FSP.

Etant donné que la prise de conscience est faible, les mécanismes de conversion se fixent dans le temps. Par définition, ce type de sujet insiste *a priori* sur l'origine somatique des symptômes car ici l'arrière-plan psychique est combattu de façon très rigide. Vu les capacités d'élaboration et les mécanismes introspectifs limités, il n'est dès lors pas étonnant qu'il soit difficile de mettre en évidence une coïncidence temporelle entre le développement du symptôme et l'existence d'un conflit intra-psychique.

Néanmoins, force est de constater que grâce à ces symptômes, Madame S. _____ incidemment "contrôle" ou établit un rapport de dépendance à l'égard de son entourage, notamment dans la relation avec son ami. Ceux-ci favorisent de manière légitime la régression par le biais du symptôme car le conflit se joue classiquement entre "vouloir et ne pas pouvoir".

Vu la durée des troubles, le pronostic ici nous paraît peu favorable, ceci d'autant que nous assistons à une extension des symptômes. Dans cette situation, nous pensons que le trouble de somatisation

représente une véritable maladie psychique en tant que telle et engendre un handicap fonctionnel objectif quant à sa capacité de travail.

Néanmoins, il faut retenir qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique majeure (actuellement pas de dépression ou d'anxiété depuis 2003) tel qu'attesté par Madame N._____ psychologue. D'autre part, dans son fonctionnement extra-professionnel Madame S._____ semble apte à pouvoir à réaliser bon nombre d'activités.

En ce sens, nous pensons qu'il est aussi judicieux de laisser à l'assurée une certaine latitude pour exprimer son potentiel de travail qui, de notre point de vue, avoisine les 50% dans une activité médico-théorique adaptée telle de secrétariat à domicile par exemple.

[...]

Questions de la SUVA

[...]

5. En cas de troubles psychogènes:

[...]

5.4 Quel rôle joue la structure de la personnalité ?

Madame S._____ présente quelques traits de personnalité histrioniques prémorbides qui ne peuvent pas être assimilés à un état antérieur. Cette structure de personnalité s'est décompensée et participe à l'évolution défavorable actuelle.

[...]

6. Thérapie :

6.1 Peut-on, au degré de la vraisemblance prépondérante, attendre d'un traitement psychiatrique une amélioration notable de l'état de santé de l'assuré ?

Madame S._____ a bénéficié d'une psychothérapie adaptée auprès de Madame N._____. Nous ne pensons pas qu'un autre traitement psychothérapeutique ou pharmacologique puisse permettre un meilleur amendement des troubles actuels.

[...]

7. Capacités professionnelles :

7.1 Au regard des seuls troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail en terme de rendement, en qualité de... ?

Du point de vue strictement psychiatrique, nous pouvons en fonctions de l'hypothèse d'un « trouble de l'adaptation », considérer que l'incapacité de travail a pu être "totale" dans les 6 mois suivant l'événement accidentel incriminé. Par la suite l'évolution a été fluctuante et difficile à quantifier rétrospectivement. D'un point de vue psychique, celle-ci a été nettement plus favorable depuis 2003, s'agissant de manifestations émotionnelles du registre anxio-dépressif.

Depuis, persiste essentiellement un trouble de somatisation qui doit être ici considéré comme une atteinte à la santé mentale et peut engendrer une incapacité de travail de l'ordre de 50% dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques objectives.

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

Madame S._____ a de la difficulté à pouvoir assumer un rendement constant sur une journée ou un poste de travail fixe; par contre dans une activité à domicile comme du secrétariat ou web master, emploi où elle pourrait gérer elle-même ses heures de travail, elle est apte à pouvoir fournir une activité bien entendu à 50%.

7.2 Au regard des seuls troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles ?

Avec quels horaire et rendement ?

Par exemple un travail de secrétariat à domicile à 50%.

8.1.1 Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique?

Vu l'importance de l'évolution "conversive", sa chronicité, les chances d'amélioration avec le temps paraissent pour le moins ténue.

8.1.2 Si oui, dans quel délai?

Réservé.

8.3 Ou peut-on affirmer que lesdits troubles persisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant ?

Probablement oui, les évolutions hystériques « fixées et extensives » sont par nature chroniques. De notre point de vue, nous pouvons considérer que les troubles psychiques adaptatifs survenant dans un délai de 6 mois après l'événement accidentel incriminé sont en rapport de causalité directe avec les troubles psychiques présentés par l'assurée. Pour le surplus, relevons qu'elle n'a pas développé d'état de stress post-traumatique.

8.4 Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques ?

Trop d'éléments extérieurs à l'accident incriminé expliquent l'évolution vers le trouble de somatisation qui prend un cours "extensif". Les bénéfices secondaires, les difficultés d'assumer une vie de couple, son rôle de femme, de mère; besoin d'assouvir inconsciemment ses besoins de contrôle et de dépendance.

[...] »

Le 4 mai 2006, le Dr F._____ a encore répondu à des questions comme il suit:

« [...]

b) Existe-t-il d'autres facteurs que l'accident, jouant un rôle dans la genèse ou la persistance desdits troubles ? Dans le cas où des causes psychiques étrangères à l'accident du 31.08.1999 prédominent comme cause aux troubles psychiques actuels : comment expliquer la survenance

desdits troubles ? Ces causes sont-elles les seules causes aux troubles actuels (atteinte du statu quo sine ou statu quo ante) ? Si oui, à partir de quand ? Si non, jusqu'à quand ces causes étrangères seront mêlées aux causes psychiques directes de l'accident ?

Oui, probablement affectifs, autres ? qui sont difficiles à préciser car par nature, ce type de personnalités ont peu de capacités d'introspection véritables et les hypothèses s'agissant de leur conflits intrapsychiques sont difficiles à établir sur la base d'un seul entretien.

c) Quel rôle a joué la structure de la personnalité préexistante dans l'assimilation de l'accident ? Sommes-nous en présence d'une mauvaise assimilation psychique de l'accident du 31.08.1999 ?

L'accident en tant que tel est pour l'heure bien assimilé et ce, 6 mois après l'accident incriminé par analogie aux troubles de l'adaptation selon le DSM-IV. C'est surtout ses conséquences au niveau algique et socio-professionnel qui le sont moins. La structure de personnalité a joué certainement un rôle ultérieurement dans la mauvaise évolution psychiatrique des suites de l'accident du 31.08.1999 »

Dans un avis du 23 janvier 2007, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale auprès du SMR, a considéré que l'activité habituelle de secrétaire était donc une activité adaptée, que l'assurée pouvait exercer à 50 %. Les limitations fonctionnelles étaient notamment la possibilité de pouvoir changer de position régulièrement, pouvoir effectuer des pauses régulières, pouvoir avoir un matériel ergonomique de bureau, être assise sur un coussin triangle limitant les pressions sur le sacrum et une surcharge psychique avec conversion hystérique. Son activité habituelle étant adaptée, une reconversion professionnelle n'était pas nécessaire. Par contre une aide au placement pour un travail plutôt à domicile était nécessaire. Le Dr R._____ estimait que, depuis mars 2006, la capacité de travail dans son activité était donc de 50 % tant pour les raisons physiques que psychiatriques.

A teneur d'un rapport final du 3 août 2007, une collaboratrice du service de réadaptation de l'OAI a considéré ce qui suit :

« L'assurée précitée dispose d'une capacité de travail de 50%, tant dans son ancienne activité de secrétaire que dans une activité adaptée différente de la sienne, respectant les limitations suivantes : possibilité de pouvoir changer de position régulièrement, pouvoir effectuer des pauses régulières, pouvoir avoir un matériel ergonomique de bureau, être assise sur un coussin triangle limitant

les pressions sur le sacrum et une surcharge psychique avec conversion hystérique. Par ailleurs, l'exercice d'une activité professionnelle « plutôt » à domicile est conseillé (avis SMR du 23 janvier 2007 et expertise psychiatrique du Dr F. _____ du 30 mai 2006).

Nous avons rencontré l'assurée le 9 mai 2007 et lui avons proposé d'effectuer un stage d'évaluation afin de définir quelle pourrait être la capacité de travail effective et de préciser les limitations fonctionnelles ayant une influence sur celle-ci, dans la pratique. Mme S. _____ s'est montrée angoissée à cette idée. En effet, l'assurée ne parvient pas à se projeter dans un avenir professionnel en raison de son atteinte à la santé.

Selon ses dires, la situation est instable : elle ne peut pas tenir un horaire de travail régulier, ni se rendre tous les jours sur la place de travail et doit alterner les positions debout-assis toutes les 2 heures et après 2h d'activité assise, elle doit pouvoir se coucher.

En conclusion, une activité professionnelle ailleurs qu'à domicile n'étant pas envisageable, un revenu économique valable ne peut pas être réalisé sur le marché du travail. Dès lors, il nous semble justifié d'admettre que la rente doit être maintenue.

[...] »

Par décision du 1^{er} novembre 2007, l'assureur-accidents a notamment octroyé à l'assurée une rente d'invalidité, ayant constaté une diminution de la capacité de gain de 70 % ensuite de l'accident.

A teneur d'une fiche d'examen du dossier du 8 novembre 2007, le maintien de la rente était justifié compte tenu du rapport du 3 août 2007 du service de réadaptation. Le même jour, l'OAI a indiqué à l'assurée avoir constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 100 %).

D. Le 20 mai 2008, l'intéressée a informé l'OAI avoir obtenu un mandat qu'elle exécuterait depuis son domicile à raison de 5 heures par semaine en tant que webmaster, pour la période de mi-février à septembre 2008.

Dans un rapport du 21 mai 2010, le Dr D. _____, indiquant que l'état de santé s'était amélioré, a posé les diagnostics avec effet sur la

capacité de travail de cervico-scapulalgies dans un contexte de souffrance C7/T2 avec participation costale et discopathie dégénérative débutante C5/C7, ainsi que de lombopygialgies chroniques dans un contexte de status après fracture sacrée S1-S2 en 1999, de neuropathie résiduelle S1 bilatérale, de discopathie dégénérative L4-L5, L5-S1, sans conflit discoradiculaire, de déconditionnement physique locorégional et général et de microinstabilité potentielle. Il estimait que le pronostic restait réservé malgré les progrès observés. L'existence d'un cortège douloureux cervico-scapulaire nouveaux compromettait malheureusement les gains fonctionnels observés au niveau lombo-pelvien. Il ajoutait qu'actuellement, l'intéressée parvenait à assumer une activité à domicile de webdesigner à 30 %, ce qui lui permettait de disposer toujours d'une alternance de postures et de s'accorder des périodes de repos nécessaire. Cependant, dans un cadre de travail plus conventionnel, l'absence de repos, et les déplacements inhérents à une telle activité rendaient une réinsertion encore illusoire.

A teneur d'un avis de juriste du 22 décembre 2010, un collaborateur de l'OAI a estimé que (*sic*) :

« [...] »

Alors que les médecins ont considéré que la capacité de travail était de 50% (pour raison psychiatrique surtout) dans son activité habituelle (CFC d'employé de commerce) plutôt à domicile, compte tenu de quelques aménagements, la division de la réadaptation a estimé que seule une activité à domicile était possible et rien n'a été entrepris.

Or, il ressort que la capacité de travail de 50% pour des raisons somatiques a été appréciée uniquement sur dossier (rapport SMR du 23 janvier 2007). En effet, le médecin s'est déterminé sur la base du rapport d'examen du SMR du 25 avril 2001 (sur dossier) selon lequel le travail devait progressivement pouvoir être repris. Le médecin de l'époque reconnaissait une atteinte grave et que la reprise du travail devait être que très progressive.

Dans le cadre d'un entretien du 19 février 2002, entre les médecins de l'assuré, l'assuré et les assureurs accident et perte de gains, il est fait mention d'une reprise à 50%.

Selon le rapport médical du 28 décembre 2005 du Dr D._____, il est illusoire que l'assurée puisse reprendre une activité professionnelle.

Selon l'expertise psychiatrique du 4 janvier 2006 pour la SUVA, il ressort une capacité de travail de 50% dans une activité à domicile. L'expert reconnaît que l'assurée a des difficultés à assumer un travail fixe sur une journée. Le pronostic est plutôt sombre.

Selon le rapport médical du 21 mai 2010, l'état de santé somatique s'est amélioré. Mais le médecin atteste une capacité de travail de 30% dans une activité à domicile et estime illusoire l'exercice d'une activité professionnelle auprès d'un employeur.

Sur la vue de ce qui précède, compte tenu de la gravité de l'atteinte à la santé, il semble que la capacité de gain résiduelle de l'assurée correspond avec ses revenus actuels.

Nous sommes donc manifestement dans le cadre de la rente entière.

Pour le calcul du taux d'invalidité, je pense qu'il est erroné de prendre comme RS [revenu sans invalidité] le montant retenu par le service d'enquête car celui-ci correspond au revenu que l'assurée réalisait l'année qui précédait son accident.

Il serait plus correct d'actualiser le revenu qu'elle réalisait en dernier lieu.

Quant au RI [revenu d'invalidé], nous n'avons pas vraiment de chiffre à retenir compte tenu que les revenus de l'assurée dans son activité à domicile sont très faibles.

Je propose de maintenir le droit à la rente entière compte tenu de la situation. »

Dans une communication du 23 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente, de sorte qu'elle continuait à bénéficier de la même rente que jusqu'à ce jour (degré d'invalidité : 100 %).

E. Le 1^{er} janvier 2014, l'assurée a déposé auprès de l'OAI le questionnaire pour la révision de la rente que l'office lui avait remis, en indiquant qu'il n'y avait pas eu de modifications significatives.

Par rapport du 1^{er} juin 2014, le Dr D. _____ a posé les diagnostics de lombopyralgies chroniques et algies pelvi-périnéales dans un contexte intriqué de status après fracture sacrée S1-S2 en 1999, de neuropathie résiduelle S1, S2, S3 bilatérale, de discopathie dégénérative L4-L5 et L5-S1, sans conflit disco-radicaire, de déconditionnement physique locorégional et général, de micro-instabilité potentielle et de

syndrome dysfonctionnel digestif avec intolérance au lactose et colopathie spasmodique, ainsi que de cervico-scapulalgies dans un contexte de discopathie dégénérative débutante C5/C7, sans irritabilité neuroméningée, et d'insuffisance de stabilisation du plan musculaire profond cervical. Il a indiqué que l'assurée occupait une activité d'ordre occupationnel, sans prétention de rentabilité, et qu'une augmentation n'était pas possible ou exigible, toutes les mesures professionnelles conduites au cours de ces dernières années s'étant soldées par un échec. Il a ajouté que l'équilibre personnel de l'intéressée avait été remis en cause à la suite du décès de sa mère qui avait souffert d'Alzheimer, ce qui avait été une source de crises d'angoisse difficiles à gérer. Son incapacité professionnelle n'avait pas été modifiée. Il attestait une incapacité de travail totale. Le Dr D. _____ expliquait notamment que la position assise n'était guère tolérable au-delà de $\frac{3}{4}$ h et ce pour autant que la hauteur du placet soit adaptée et que l'assurée puisse disposer d'un coussin triangulaire. La position debout immobile était difficilement gérable au-delà de 15 minutes. Le périmètre de marche ne dépassait pas les 25 minutes limitées par la composante douloureuse lombaire avec une intolérance lors des impacts talonniers. Concernant ses activités au quotidien, l'intéressée ne pouvait assumer les tâches ménagères et limitait volontairement ses déplacements en voiture car les vibrations accentuaient les douleurs lombaires et également majoraient l'inconfort périnéale.

Le 16 juillet 2014, l'OAI a reçu un rapport - non signé et non daté, de surveillance par détective - mis en œuvre par [...]. Le détective, dont l'identité ne ressort pas du rapport, a conclu comme il suit (*sic*) :

« Suite aux différentes surveillance effectuées entre le 1 avril et le 27 avril 2014, je suis en mesure de répondre aux questions suivantes posées par le mandant.

1) De quelle manière Mme S. _____ occupe-t-elle ses journées ?
Quelles sont ses activités précises ?

Nous avons pu observer Mme S. _____ quitter son domicile à deux reprises. Elle s'est rendue la première fois dans un café avec plusieurs femmes. La deuxième fois elle s'est rendue dans un

magasin de mobilier et y a passé une grande partie de la journée accompagnée d'une femme.

2) Concernant son activité professionnelle, combien d'heures par jour/semaine et comment est réparti son emploi du temps dans la journée ou la semaine ?

Il n'a pas été possible de déterminer si Mme S. _____ exerce une activité professionnelle.

3) Semble-t-elle gênée dans son quotidien par des douleurs ?

Durant nos observations, Mme S. _____ n'a montré aucune gêne ou douleur apparente.

4) Peut-elle marcher ? Pendant combien de temps ? Sur quelle distance ?

Oui, Mme S. _____ a effectué un trajet à pied de 600 mètres en 8 minutes sans interruption.

Mme S. _____ a marché dans les rayons d'un magasin pendant 110 minutes en s'arrêtant devant des articles, en essayant des canapés et des chaises.

Mme S. _____ a fait une pause pour manger, assise, de 40 minutes puis à marcher pendant 70 minutes dans le magasin en poussant un chariot pour finalement se rendre à son véhicule.

5) Comment se déplace-t-elle ? A l'intérieur et à l'extérieur ? Constatez-vous une boiterie ? Comment monte-t-elle/descend-t-elle les escaliers, les trottoirs, de sa voiture ?

Mme S. _____ se déplace sans difficulté apparente à l'extérieur et à l'intérieur de lieux publics. Nous n'avons constaté aucune boiterie. Mme S. _____ monte et descend les escaliers sans aucune difficulté apparente. Mme S. _____ monte et descend de voiture sans aucune difficulté apparente.

6) Présente-t-elle une limitation fonctionnelle ? Y a-t-il des mouvements qu'elle ne peut manifestement pas faire, ou faire de manière incomplète ? Lever ? Porter ? Bouger ? Marcher ? Monter ?

Durant nos observations, Mme S. _____ n'a effectué aucun mouvement de manière incomplète ou en montrant des difficultés apparentes. Elle peut s'asseoir, se lever, porter, bouger, marcher, s'accroupir, mettre un genou à terre, monter et descendre des escaliers, monter et descendre de voiture sans montrer de difficulté apparente.

7) Peut-elle conduire ? Quel type de véhicules ? Pendant combien de temps ? Quelles distances parcourt-elle ? Fait-elle des arrêts fréquents ?

Oui. Durant nos observations, Mme S. _____ a été vue en train de conduire son véhicule Toyota Rav 4 sans difficulté apparente pendant plus de 20 minutes sur 15 kilomètres.

8) Combien de temps Mme S. _____ est-elle dans la même position sans bouger ? Debout ? Assis ?

Mme S. _____ est restée assise durant plus de 45 minutes dans un café et pendant 40 minutes dans un restaurant.

9) Peut-elle porter ? Si oui, quelles charges ? De quelle manière ?

Oui, durant nos observations, Mme S. _____ a porté des courses d'un caddie jusque dans le coffre de son véhicule à proximité. Il s'agissait d'objets peu volumineux qu'elle a déplacé sans difficulté apparente.

10) Comment se déplace-t-elle ? À quelle fréquence ? Pendant combien de temps ?

Mme S. _____ se déplace à pied et en voiture. Nous avons pu observer Mme S. _____ quitter son domicile à deux reprises. Une fois pour une durée de 2 heures et une fois pour une durée de 7 heures.

11) Est-elle indépendante dans sa vie de tous les jours, ou est-elle accompagnée / aidée dans son quotidien ?

Lors de la première sortie observée de Mme S. _____, elle a quitté seule son domicile pour rejoindre un groupe de personnes dans un café puis elle est partie avec une femme dans son véhicule. Il n'a pas été possible de la suivre à ce moment-là.

12) S'adonne-t-elle à des activités ménagères ? Courses, achat, ménage, jardinage, autres ?)

Durant nos observations, Mme S. _____ a été observée dans un magasin de mobilier.

13) Constatez-vous la venue d'une femme de ménage à son domicile ? Si oui, durant combien de temps et combien de fois par semaine ?

Durant nos observations, nous n'avons pas vu d'entreprise ménagère se rendre au domicile de Mme S. _____.

14) Mme S. _____ a-t-elle une vie sociale et/ou associative ? Rencontre-t-elle des gens ? Dans quelles(s) circonstance(s) ? Quelle est son attitude en public ?

Oui, Mme S. _____ a rencontré des personnes durant nos observations. Elle s'est montrée aimable, souriante et joviale. Elle a rencontré un groupe de personnes dans un café et elle a passé la journée avec une femme dans un grand centre d'achat de mobilier.

15) Se rend-elle chez des médecins ou dans des pharmacies ?

Durant nos observations, Mme S. _____ n'a pas été vue chez un pharmacien ou un médecin. »

Dans un avis du 28 août 2014, le Dr Pierre L._____, spécialiste en médecine interne générale, et la Dre T._____, tous les deux médecins auprès du SMR, ont estimé que tant sur le plan somatique que psychiatrique, une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée était exigible, mais que cette capacité résiduelle avait été rapidement contredite par le service de réadaptation. L'assurée avait montré par la suite un certain nombre de ressources, puisqu'elle avait développé une activité de webmaster à domicile. Par conséquent, compte tenu notamment du diagnostic de conversion hystérique porté au dossier, lequel était assimilable au trouble somatoforme douloureux dans le cadre de la 6^{ème} révision de la LAI, il y avait lieu de réviser ce dossier sous l'angle des dispositions finales de cette 6^{ème} révision et de prévoir une expertise externe rhumato-psychiatrique.

Le 2 septembre 2014, l'OAI a convoqué l'assurée pour un examen médical rhumato-psychiatrique auprès de son service le 23 octobre 2014.

Aux termes d'un rapport du 28 novembre 2014 ensuite d'un examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 23 octobre 2014, le Dr P._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, et la Dre G._____, spécialiste en psychiatrique et psychothérapie d'enfants et d'adolescents et en psychiatrique et psychothérapie, tous deux médecins au SMR, ont écrit ce qui suit (*sic*) :

« [...]

Anamnèse

[...]

Anamnèse par système

[...]

Gastro-entérologue : pas de brûlure d'estomac. Intolérance au lactose et aux fruits crus. Selles régulières, sans diarrhée. Poids stable actuellement, mais l'assurée aurait perdu beaucoup de poids en 2004 en raison de ses problèmes gastriques liés à la prise de médicaments.

Génito-urinaire : l'assurée ne se plaint pas d'incontinence. Elle signale de rares brûlures urinaires, mais pas d'odynurie. Les rapports sexuels sont mal tolérés en raison des douleurs sacrées.

[...]

Vie quotidienne

L'assurée se lève entre 07h00 et 09h00 du matin, elle prend une douche, elle prend son petit-déjeuner, s'occupe de son chat qu'elle nourrit, puis elle commence à travailler sur un ordinateur, soit qu'elle travaille à faire des sites, soit elle fait des recherches tous azimuts, s'intéressant à la vie des autres. Elle essaie de s'améliorer, de faire en sorte que sa vie soit meilleure. L'assurée conclut en disant qu'il faut rester actif. Puis elle fait une marche. A midi, elle mange, mais généralement elle mange couchée. Elle passe tout l'après-midi couchée, et le soir elle mange couchée. Elle se couche vers 23h00. L'assurée ne présente pas de troubles du sommeil.

Les dernières vacances datent d'il y a 3 ans aux Canaries.

En ce qui concerne les courses, l'assurée dit qu'elle fait les courses par internet.

En ce qui concerne la surveillance dont elle a été objet en avril 2014 alors qu'elle faisait des courses à IKEA, l'assurée répond qu'elle se forçait et qu'elle était obligée d'aller choisir des meubles étant donné qu'elle n'avait plus de meubles depuis la séparation d'avec son ami.

L'assurée fait de la marche, fait de la natation, elle pratique la nage sur le dos et le crawl. En ce qui concerne la nage sur le dos, elle se déclare capable de faire une longueur de piscine, soient 25 mètres. En ce qui concerne le crawl, elle dit pouvoir faire 10 mètres 2x d'affilée.

En ce qui concerne la conduite automobile, l'assurée a le permis de conduire. Elle conduit relativement peu, dit-elle. Elle a une voiture adaptée haute, qui lui permet de ne pas trop se baisser. Elle dit que la conduite automobile est parfois difficile pour elle et elle donne comme exemple la conduite automobile à [...] où il y a 3 ralentisseurs qui rendent la conduite automobile douloureuse même si la vitesse est bien réduite. Elle se demande d'ailleurs si elle va pouvoir continuer à emprunter cette route.

STATUS

Mme S. _____ s'est présentée ponctuellement à la convocation qui lui a été donnée. Il s'agit d'une femme de [...] ans, en bon état général, propre de sa personne, participant de manière adéquate à l'entretien et à l'examen clinique.

Durant l'entretien, qui a duré 55 minutes, elle reste assise consécutivement sans gêne particulière. Le déshabillage en début d'examen clinique, puis l'habillage à la fin de celui-ci se font de manière fluide. Durant l'examen, l'assurée applique les mesures de protection rachidienne.

[...]

Status psychiatrique

[...]

Lors de l'examen, l'assurée présente des traits infantiles, quelques traits histrioniques mais le status clinique n'objective pas de trouble de la personnalité décompensée. Il existe donc une amélioration nette du status par rapport à ce qui constaté par le Dr F._____.

L'assurée se plaint de douleurs mais n'a pas de comportement algique. L'assurée ne présente pas de sentiments de détresse.

Donc, il existe une amélioration nette de la situation clinique par rapport à ce qui fut observé par le Dr F._____.

[...]

DIAGNOSTICS

- **avec répercussion durable sur la capacité de travail**
 - **Lombosciatalgies et sacralgies dans le cadre de troubles statiques discrets du rachis et de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire avec status après fractures S1-S2, compliquée d'une neuropathie résiduelle S1, S2, S3 bilatérale. M. 54.4.**
 - **Cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical. M 54.2.**
 - **Aucun diagnostic sur le plan psychiatrique.**
- **sans répercussion sur la capacité de travail**
 - **Discrète insuffisance pondérale avec BMI à 18.**
 - **Côlon spastique avec intolérance au lactose.**
 - **Personnalité histrionique, psycho-infantile F60.4.**

APPRECIATION DU CAS

[...]

Actuellement, l'assurée se plaint cependant toujours de paresthésies à la face postérieure des 2 cuisses et à la plante des 2 pieds. Elle présente toujours des douleurs lombaires et du sacrum. Le matin, les douleurs sont moins importantes qu'à la fin de la journée. Les douleurs varient le matin entre 0 et 7/10 à l'échelle visuelle analogique de la douleur. Au fil de la journée, les douleurs augmenteraient jusqu'à 5 ou 7/10 à l'échelle visuelle analogique, selon ce que nous dit l'assurée. Les douleurs les plus gênantes seraient les douleurs de la face postérieures des membres inférieurs et de la plante des pieds. Ces douleurs sont comparées à des brûlures et agaceraient l'assurée. A un moment, l'assurée a eu également des douleurs cervicales qui se sont cependant,

actuellement, bien améliorées avec la physiothérapie. Les douleurs rachidiennes augmentent actuellement à la toux, mais pas à la défécation. L'assurée présente parfois également des blocages costaux à la base du thorax D [droit] à la toux, mais ces blocages ne surviennent que rarement, soit 2 fois cette année. La position assise serait limitée à 1 heure par les lombalgies, mais après cela, l'assurée nous dit devoir se coucher.

La position debout serait limitée à 15-20 minutes par les lombalgies. Le périmètre de marche serait limité à 25-30 minutes par les brûlures de pieds et des cuisses et les lombalgies. L'assurée se réveille rarement en raison des douleurs. Si elle est réveillée, ce sont surtout les douleurs des membres inférieurs ou les blocages de côtes qui la réveillent, ces derniers étant peu fréquents, comme signalés plus haut. L'assurée ne signale pas de dérouillage matinal. La position la mieux tolérée serait la position couchée, puis l'assurée tolère mieux la position assise que la position debout. L'assurée se plaint de douleurs articulaire ou neurologique ailleurs.

[...] L'assurée serait par ailleurs connue pour une intolérance au lactose et aux fruits secs. Son transit est régulier, sans diarrhée. Son poids est actuellement stable, mais l'assurée aurait perdu beaucoup de poids en 2004, en raison de problèmes gastriques liés à la prise de médicaments.

Actuellement, l'assurée a d'ailleurs arrêté la prise de toute médication, notamment antalgique en raison de douleurs d'estomac à l'époque.

A l'anamnèse urogénitale, l'assurée ne signale pas d'incontinence urinaire. Elle signale de rares épisodes de brûlures urinaires et des difficultés aux rapports sexuels qui sont mal supportés en raison des douleurs sacrées. L'assurée signale également de rares céphalées et de rares troubles de l'équilibre.

Au status actuel, on note une assurée en bon état général, présentant cependant une discrète insuffisance pondérale avec un BMI à 18. L'assurée est normocarde, normotendue. L'assurée peut rester assise pendant 50 minutes sur sa chaise pendant l'entretien, sans gêne particulière. L'assurée évite l'antéflexion du tronc au déshabillage avant l'examen clinique et l'habillage après celui-ci. Elle applique les mesures de protection rachidienne pour les transferts. L'auscultation cardiopulmonaire est normale. L'abdomen est souple, sensible à l'épigastre et à tout l'hémi-abdomen G [gauche], sans défense, ni détente. Il n'y a pas d'hépatosplénomégalie ou de masse palpable. Les bruits intestinaux sont augmentés.

[...]

Dans ce contexte clinique, nous retenons les diagnostics susmentionnés. Au vu de ses diagnostics, nous retenons des limitations fonctionnelles qui sont bien respectées dans l'activité habituelle d'employée de commerce ou de webmaster. Nous retenons cependant une incapacité de travail de 30% dans ces 2 types d'activité, au vu de la radiculopathie S1 bilatérale post-traumatique, qui s'accompagne de douleurs neurogènes à la face

postérieure des cuisses et à la plante des pieds. Cependant, comme nous l'a dit l'assurée, ces diverses douleurs se sont améliorées au fil des années et même les douleurs neurogènes. D'ailleurs, l'assurée ne prend actuellement aucune médication antalgique ou anti-inflammatoire. Par ailleurs, la tolérance à la position assise en cours d'entretien a été bonne.

Dans cette situation et en l'absence de raisons biomécaniques à attester une incapacité de travail supérieure, la capacité de travail est donc actuellement de 70%. Cette activité pourrait très bien se faire à l'extérieur du domicile, au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien et au vu de l'enquête par détective, demandée par la [...], qui a montré que l'assurée pouvait se déplacer en voiture, avait une vie sociale conservée et pouvait même se rendre plusieurs heures dans un magasin de meubles sans être limitée dans sa mobilité.

D'ailleurs, en 2008, l'assurée a repris une activité de webmaster à domicile. Elle nous a dit alterner les positions assises et couchées, pendant son travail. Cependant, contrairement à ses dires, sa tolérance à la position assise a été bonne en cours d'entretien rhumatologique ainsi que psychiatrique, comme signalé plus haut.

Évidemment, notre évaluation s'éloigne de celle du Dr D._____, qui est en fait le médecin traitant de l'assurée. Cependant, le médecin du SMR, qui avait pris la décision d'octroyer une rente entière à l'assurée, avait déjà constaté à l'époque que l'état de santé somatique n'était pas encore stabilisé et qu'une reprise progressive de l'activité professionnelle était tout à fait possible. D'ailleurs, lors de son examen final à la SUVA le 26.02.2002, le Dr W._____, médecin d'arrondissement, avait retenu une capacité de travail exigible de 50% dans un travail léger, sans manutention de charges de plus de 5 kg. A l'époque, le Dr W._____ avait retenu également une limitation pour la position assise qui n'est plus actuellement de mise, au vu de la bonne tolérance à la position assise au cours des 2 entretiens rhumatologique et psychiatrique lors de notre examen au SMR.

Évidemment, si une activité d'employée de commerce ou de webmaster à l'extérieur devait être reprise, cette reprise devrait se faire progressivement en augmentant petit à petit les taux de capacité de travail jusqu'à une capacité de travail de 70%.

Il faut encore noter que si les revenus de l'assurée ne sont pas bons en tant que webmaster à domicile, c'est en partie parce qu'elle n'a pas suffisamment de clients et non en raison uniquement de ses problèmes de santé.

Sur le plan psychiatrique, [...]

[...] L'assurée a un bon réseau social, l'assurée maintient de temps en temps des activités sportives. L'assurée ne présente pas d'adynamisme psychique puisqu'elle dit travailler régulièrement mais en position allongée. L'assurée a des activités sociales, éprouve de l'intérêt pour la société en général selon ses dires, travaille régulièrement sur l'ordinateur en essayant de se mettre à

jour et en créant des sites Web pour lesquels elle se rémunère aux tarifs tout à fait en vigueur actuellement.

L'assurée présente des traits de personnalité avec dramatisation, ainsi que des traits de personnalité infantile.

Interrogée sur l'évolution de son état de santé, l'assurée dit qu'elle a toujours essayé d'être comme aujourd'hui. L'assurée dit qu'elle a bien admis le décès de sa mère et qu'elle a bien admis la perte de toute capacité de travail. L'assurée dit qu'elle a une activité professionnelle certes partielle depuis 2008. L'assurée dit aller aux consultations psychologiques pour régler les petits problèmes qu'elle présente encore pour la conduite automobile.

Donc, à l'examen de ce jour, l'assurée ne présente aucune pathologie psychiatrique grave avec des répercussions durables sur la capacité de travail selon les critères de l'AI.

L'assurée présente des traits histrioniques, des traits infantiles, la présence de ces traits ne justifie pas le diagnostic d'un trouble de la personnalité qui du fait de son inexistence ne peut être décompensé. L'assurée présente donc une amélioration nette de son état clinique.

Limitations fonctionnelles

Les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires sont les suivantes :

Rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois/heure la position assise et la position debout. Pas de soulèvement régulier ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Pas d'exposition à des vibrations. Pas de trajet en voiture de plus de 30 minutes. Pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque. Pas de rotation rapide de la tête. Pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque. Pas de position debout de plus de 15 minutes. Pas de marche de plus de 30 minutes.

En l'absence de diagnostics incapacitants psychiatriques, il n'existe pas de limitations fonctionnelles.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Sur le plan ostéoarticulaire, depuis 1999, date de la fracture du sacrum. D'ailleurs, une rente entière a été octroyée à l'assurée par décision du 07.09.2001.

Sur le plan psychiatrique, selon l'expertise du Dr F. _____, faite en date du mois de janvier 2006, l'assurée a présenté une incapacité de travail totale pendant 6 mois après l'évènement accidentel de la chute de cheval en août 1999.

Par la suite, selon les termes du médecin expert, l'évolution a été fluctuante et difficile à quantifier rétrospectivement. Pour finir, le médecin expert considérerait que le trouble de somatisation présenté

par l'assurée occasionnait une incapacité de travail de 50% dans toute activité adaptée à ses limitations somatiques objectives.

Actuellement, l'assurée ne présente aucun diagnostic psychiatrique incapacitant comme le montre l'examen de ce jour incluant notamment l'examen de la vie quotidienne. Nous considérons donc qu'il existe une nette amélioration de la santé au moins depuis la reprise de ses activités, c'est-à-dire depuis le mois de juillet 2008.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Sur le plan ostéoarticulaire, il est resté complet de 1999 à 2008, date de la reprise d'une activité professionnelle comme webmaster à domicile.

Depuis cette date, la capacité de travail est de 70% dans une activité d'employée de commerce ou de webmaster, même à l'extérieur du domicile. Une reprise progressive de l'activité professionnelle doit être cependant envisagée jusqu'à augmenter la capacité de travail à 70%. Des mesures d'ordre professionnel comme remise à niveau devraient être également envisagées, si l'assurée devait reprendre une activité d'employée de commerce.

Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est de 100% depuis le mois de juillet 2008.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

DANS L'ACTIVITE HABITUELLE : 70% COMME WEBMASTER A L'EXTERIEUR DU DOMICILE

70% COMME EMPLOYEE DE COMMERCE

DANS UNE ACTIVITE ADAPTEE : 70% DEPUIS : 2008.

A TRADUIRE EN TERMES DE METIER PAR UN SPECIALISTE EN READAPTATION. »

Dans un avis du 12 janvier 2015, la Dre T._____ a notamment relevé, sur la base du rapport des médecins du SMR du 28 novembre 2014, que l'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence de comportement algique. Sur le plan des activités sportives, l'intéressée pratiquait marche et natation. La Dre T._____ a considéré que les douleurs neurogènes à la face postérieure des cuisses et à la plante des pieds s'étaient améliorées au fil des années, au point que l'assurée ne prenait actuellement aucune médication antalgique ou anti-inflammatoire, ajoutant que la tolérance à la position assise durant l'entretien avait été bonne (50-55 minutes). Dès lors, selon cette médecin,

sur le plan ostéo-articulaire, une capacité de travail de 70 % était actuellement exigible dans une activité d'employée de commerce et de webmaster, ainsi que dans toute activité adaptée exercée à l'extérieur du domicile, au vu de la bonne tolérance à la position assise en cours d'entretien ainsi que de l'enquête externe réalisée en 2014, laquelle avait montré que l'intéressée pouvait se déplacer en voiture, avait une vie sociale conservée et pouvait passer plusieurs heures dans un magasin de meubles sans être limitée dans sa mobilité. Sur le plan psychiatrique, en l'absence de pathologie psychiatrique grave avec des répercussions durables sur la capacité de travail, le Dr P. _____ et la Dre G. _____ retenaient donc une pleine capacité de travail exigible depuis juillet 2008, date de la reprise par l'assurée de son activité. La Dre T. _____ a estimé que les conclusions de l'examen clinique étaient cohérentes avec les constatations respectives des médecins du SMR, ainsi qu'avec les éléments objectifs du rapport d'observation réalisée en avril 2014. Il n'y avait donc pas de motif de s'en écarter.

Le 4 mai 2015, l'OAI a expliqué au conseil de l'intéressée notamment que le fait qu'un examen clinique au SMR ait été mis en œuvre à la place d'une expertise externe rhumato-psychiatrique, préconisée par le SMR dans son avis du 28 août 2014, découlait d'une erreur humaine. Cependant, dans la mesure où la situation ne relevait pas des dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI, cet examen clinique n'était en soi pas critiquable.

Le 11 juin 2015, l'assureur-accidents a indiqué à l'assurée qu'après avoir pris connaissance du rapport d'observation et du DVD l'accompagnant, la rente ne serait pas modifiée.

Le 15 février 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait droit à des mesures de réinsertion.

Dans un rapport final de mesures de réinsertion du 29 juin 2016, le répondant de la société, dans laquelle l'assurée avait effectué un entraînement à l'endurance du 14 mars au 14 juin 2016, a relevé que

celle-ci avait été présente 37 jours et absente 6 jours. Elle n'avait ainsi atteint l'objectif de participation à la mesure de 40 % que lors du dernier mois. Selon ce répondant, l'assurée avait beaucoup progressé durant cette mesure dans l'acceptation de sa nouvelle réalité, à savoir devoir se réinsérer. Toutefois, dès que les douleurs réapparaissaient un peu plus fortement ou que la marche suivante lui paraissait trop haute, son ambivalence refaisait son apparition. Dans l'ensemble, elle avait fait preuve de capacités adaptatives et avait augmenté sa souplesse psychique.

Par rapport du 12 août 2016, le Dr D._____ a indiqué que depuis les diverses tentatives de réinsertion professionnelle, l'évolution était manifestement lentement défavorable.

A teneur d'un bilan intermédiaire du 26 août 2016 ensuite d'un entretien entre l'assurée, deux collaborateurs de la fondation, dans laquelle l'intéressée effectuait un stage en milieu proche de l'économie depuis le 8 août 2016, et une collaboratrice de l'OAI, l'assurée a notamment fait état de nombreuses difficultés et douleurs et expliqué être consciente qu'elle n'était pas en mesure de fournir une capacité de travail de 50 % sans devoir s'allonger régulièrement, mais qu'elle souhaitait néanmoins poursuivre le stage. Les deux collaborateurs de la fondation ont indiqué que l'intéressée, volontaire, faisait le maximum à sa place de travail et qu'elle ne se plaignait pas continuellement et ne laissait rien transparaître de sa souffrance. Ils ont précisé que le taux de présence actuel était cependant inférieur à 50 % et que l'utilisation d'un matelas, qu'elle utilisait pour s'allonger régulièrement afin de calmer ses douleurs, était difficilement compatible avec un stage en entreprise. Ils ont indiqué que compte tenu des plaintes actuelles de l'assurée, il était difficile de se projeter dans un stage ou dans la recherche d'un emploi. La collaboratrice de l'OAI a considéré ce qui suit :

« **La soussignée :**

- Rappelle à Mme S._____ que le stage est mis en place à titre de réentraînement au travail et non dans le but de réévaluer la CT [capacité de travail] qui a été fixée à 70 % par le SMR. Précise

que ces propos ont été les mêmes depuis le début de la prise en charge.

- Estime que le constat fait depuis le début de la prise en charge par l'AI ne permet pas de se projeter dans la poursuite des mesures ou dans un stage sur le 1^{er} marché de l'emploi, voire dans la recherche d'un emploi ce, pour les raisons suivantes :
 - o la péjoration de l'état de santé annoncée par Mme S._____ et attestée médicalement,
 - o les plaintes émises par Mme S._____ au niveau des transports,
 - o la nécessité de devoir régulièrement s'allonger sur un matelas pour de fréquentes périodes de repos de 30 à 35 min.,
 - o l'impossibilité de Mme S._____ à se projeter dans la reprise d'une activité à 70 %,
 - o la contestation de la CT reconnue,
 - o les objections émises par le représentant légal de Mme S._____.
- Déclare qu'aujourd'hui il est impossible de dire si les démarches entamées dans le cadre du processus de réinsertion aident ou au contraire malmènent/maltraitent Mme S._____.
- Déclare qu'il est difficile d'impliquer un employeur dans le contexte décrit ci-avant.
- Indique à Mme S._____ que d'entente avec notre service juridique, toutes les mesures en cours sont interrompues ce jour et que notre service juridique répondra dans les meilleurs délais aux objections émises par son représentant légal. »

Dans un rapport final du 7 septembre 2016, un collaborateur de la fondation, dans laquelle le stage en milieu proche de l'économie s'était réalisé, a notamment rapporté que, sur la globalité, le taux d'activité atteint avait été de 50 %, en comptant cependant les pauses que l'intéressée avait dû effectuer en s'allongeant sur son matelas dès la deuxième semaine pour calmer ses douleurs.

Dans un projet de décision du 27 septembre 2016, l'OAI a informé l'assurée de son intention de supprimer la rente entière dès le premier jour du 2^{ème} mois qui suivrait la notification de la décision. Il a considéré qu'il ressortait de l'examen bidisciplinaire mis en œuvre que la capacité de travail de l'intéressée était de 70 % dans l'activité d'employée de commerce et de webmaster. Il a ajouté avoir mis en place plusieurs mesures afin de favoriser une reprise d'activité dans le marché économique, mais avoir cependant mis fin à son intervention dans la

mesure où l'assurée contestait la capacité de travail de 70 % admise médicalement. Par ailleurs, il a estimé que la poursuite de ces mesures n'avait plus de sens, compte tenu du fait qu'il n'était pas possible à l'intéressée de se projeter dans la reprise d'une activité à 70 %. Comparant un revenu sans invalidité de 72'584 fr. 77 avec un revenu d'invalidité de 50'809 fr.44, l'OAI a retenu que l'assurée présentait une perte de gain de 21'775 fr. 43, soit un degré d'invalidité de 30 %, lequel n'était plus suffisant pour ouvrir le droit à une rente de sa part. Dans une lettre du même jour annexée au projet de décision, l'OAI a notamment précisé qu'il ne s'était pas fondé sur le rapport de surveillance pour retenir la capacité de travail de 70 %, mais bien sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR. En outre, l'assurée n'avait jamais pu mettre en valeur la capacité de travail médicalement exigible de 70 % dans les mesures mises en œuvre. Son taux de présence était inférieur à 50 % et, par ailleurs, l'utilisation d'un matelas était difficilement compatible avec un stage en entreprise. Dans ce contexte, la continuation de la mesure n'avait plus de sens.

Le 2 novembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de Me Guyaz, s'est opposée à ce projet de décision. Elle a notamment précisé être restée cloîtrée chez elle plusieurs jours avant et après la sortie ressortant du rapport de surveillance, lors de laquelle elle s'était rendue dans un magasin de meubles. Elle a en outre produit notamment un rapport d'expertise du 10 octobre 2016 du Dr M._____, médecin praticien à l'Hôpital orthopédique du H._____, effectué sur mandat de son conseil. Ce médecin a considéré notamment ce qui suit :

« [...]

DIAGNOSTICS

Rachialgies chroniques dans le cadre de :

- Status après fracture transverse du sacrum (31.8.1999)
- Discopathie L4-L5 avec HIZ médiane
- Déconditionnement musculaire sévère et psychique
- Syndrome Ehlers-Danlos hypermobile
- Fibromyalgie secondaire

DISCUSSION GLOBALE ET APPRECIATION

Cette personne avait été victime d'une chute à cheval en 1999 engendrant une fracture du sacrum avec des douleurs

neuropathiques dans les membres inférieurs à mettre en relation avec une dénervation traumatique de S1. Différents traitements avaient été instaurés, avec des nombreux échecs, malgré la participation, qui semblait bonne, de Mme S._____. Le Dr F._____ note dans son expertise en 2006 une personnalité avec des traits histrioniques « décompensée » amenant à un « probable trouble de conversion hystérique ». (51) Lors de l'expertise faite à l'AI par les Dr P._____/ G._____ (88), la part psychiatrique ne semble plus être présente. On décide à ce moment d'envisager des mesures professionnelles, que Mme S._____ est actuellement en train de suivre.

Actuellement sur le plan structurel, les douleurs du rachis sont liées au déconditionnement musculaire. Il y a une discopathie, qui n'a pas changé depuis 1999, sans apparition de lésion de type Modic sur l'IRM [imagerie par résonance magnétique], qui aurait pu traduire une souffrance au niveau du segment vertébral. Tout au plus nous avons une HIZ -fissure annulaire- centrale sans contact avec la racine, mais son lien avec la douleur est faible, tout au plus un élément irritatif mineur.

Toutefois, on oublie une part importante dans cette situation : en effet Mme S._____ présente aussi un syndrome d'Ehlers-Danlos (SED) type hypermobile, diagnostic retenu ce jour durant l'examen clinique sur la base des critères de Beighton et Brighton réunis. Ce diagnostic pourrait expliquer l'intolérance exprimée par Mme S._____ aux différentes approches physiques faites jusqu'à présent, car une rééducation dans le cadre d'un SED est très particulière, nécessitant des approches proprioceptives longues, mais surtout une attention à ce que la rééducation ne crée pas de douleurs. Ce syndrome expliquerait la fibromyalgie que nous rencontrons durant l'examen clinique, mais qui serait dans ce sens une fibromyalgie secondaire au SED.

Questionnaire pour l'expert :

[...]

3. Quelle est la capacité de travail actuelle de Mme S._____ dans la profession d'employée de commerce compte tenu de vos observations objectives et des diagnostics que vous pouvez poser ? Merci de tenir compte le cas échéant d'une éventuelle réduction de rendement et des difficultés possibles à se déplacer.

Comme employée de commerce, Mme S._____ peut travailler à 50% en respectant les limitations fonctionnelles résumées ci-dessous.

4. Quelle est la capacité de travail actuelle de Mme S._____ dans une activité adaptée compte tenu de vos observations objectives et des diagnostics que vous pouvez poser ? Merci de tenir compte le cas échéant d'une éventuelle réduction de rendement et des difficultés possibles à se déplacer.

La capacité de travail dans une activité adaptée est actuellement à 50% avec les limitations suivantes : une alternance des postures entre assis et debout de 30 min. Position assise limitée à 30 min. Ports de charges limités à 5 kg. Marche sur du terrain égal.

[...]

6. Toujours en relation avec la capacité de travail de Mme S._____, le rapport du détective du 21.03.2014 et les séquences vidéos qui l'accompagnent apportent-ils des éléments de fait utiles à votre appréciation ?

Non. Notons que ces vidéos sont de courtes séquences ne permettant pas d'avoir une vision d'ensemble sur les limitations de la patiente et correspondant à ce que nous avons pu observer durant l'expertise.

7. Sur la base du dossier qui vous a été remis, et uniquement sur le plan somatique, considérez-vous que l'état de santé et la capacité de travail de Mme S._____ ont évolué d'une quelconque façon ?

A) depuis décembre 2010 ?

B) depuis novembre 2007 ?

C) depuis septembre 2001 ?

Je ne crois pas qu'il y ait de grande variation entre ces différents moments. En tout cas pas entre 2001 et 2007. Depuis décembre 2010, la situation semble s'être mieux stabilisée. En effet depuis ce moment, la patiente exerce une activité, même si c'est plutôt à domicile, mais la gestion de son syndrome douloureux semble être meilleure.

[...] »

Par avis médical du 23 mars 2017, les Drs V._____ et X._____, médecins au SMR, ont indiqué que le cas de l'assurée avait été discuté avec le Dr O._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie au SMR, le 23 mars 2017 et ont apprécié la situation comme il suit (*sic*) :

« Éléments de contestations :

1-Le Dr M._____ amène un nouveau diagnostic, celui de syndrome d'Ehler-Danlos dans son expertise.

2-Maitre GUYAZ demande que le SMR ne se base pas sur le rapport du détective privé pour établir les ressources de l'assurée.

3-D'après maitre GUYAZ, l'assurée n'a pu se tenir assise sans gêne que 5 minutes au cours de l'examen clinique bi disciplinaire du SMR.

4-Maitre Guyaz rapporte une aggravation de l'état de santé survenu au cours des mesures de réinsertion professionnelle avec CT n'ayant pas dépassé 40%.

Discussion :

1-Nous nous étonnons du diagnostic d'Ehler-Danlos, étant donné que le rapport médical du Dr D._____ du 21.05.2010 (p.3) retrouve une raideur rachidienne avec un Schober à 10/13, une distance doigts-sol de 30 cm et une perte de viscoélasticité de C5C7 et de L3S1 ce qui s'oppose totalement avec cette pathologie qui doit retrouver une hyper laxité des tissus conjonctifs. Il affirme même des membres inférieurs mormo-axés, s'opposant au genu

recurvatum avancé par le Dr M. _____ (expertise du 10.10.2016 p.27), et effectivement, les photos jointes au dossier le 02.11.2016 ne sont pas convaincantes pour affirmer l'hyper laxité des coudes et des genoux. Dans sa même expertise, d'ailleurs, en p.24 et 25, il retrouve des coudes et genoux normo-axés avec extension nulle (0 degré), se contredisant donc dans sa propre expertise. Pour finir sur cette question, le Dr M. _____ utilise comme échelle de diagnostic du syndrome d'Ehler-Danlos les signes de Beighton qui sont connus pour être très variables selon les examinateurs, et à échelle on préférera la classification de Villefranche ou bien les nouveaux critères diagnostics de 2017. Notamment dans le cas de l'assuré qui nous concerne, l'hyper extension des coudes et des genoux n'auraient pas été retenus, faisant passer le score de 5/9 (minimum requis pour évoquer ledit syndrome) à 0/9. Même le critère « toucher le sol avec les paumes de main tout en ayant les genoux en extension » est absent. En effet, les constatations du Dr D. _____ (auxquelles se réfèrent maître GUYAZ) affirment la raideur lombaire. Tout comme le Dr M. _____ lorsqu'il mesure la distance doigts-sol à 40 cm à la p. 19 de son expertise, l'assurée ne pouvait donc pas avoir l'hyper laxité annoncée lui permettant de poser les mains à plat au sol en gardant les genoux en extension. Pour cette classification de Villefranche suscitée comme pour les « nouveaux critères diagnostics 2017 », il manque des critères majeurs et mineurs pour faire le diagnostic de syndrome d'Ehler-Danlos (hyper laxité de la peau, des cicatrices atrophiques, histoire familiale positive, une instabilité articulaire avec épisode de luxation et des ecchymoses...). Pour ses raisons, nous ne retenons pas la position du Dr M. _____, mais celle du Dr P. _____, interniste et rhumatologue FMH et expert SIM, du SMR dans son examen clinique (examen bi disciplinaire) du 28.11.2014, fondée sur une anamnèse et un examen clinique complet qui tenait compte des amplitudes articulaires indépendamment du diagnostic d'Ehler-Danlos. Il s'agit donc d'une appréciation différente de la même situation dont les conclusions sont proches de celles du Dr D. _____.

2-Rappelons que les ressources de l'assurée sont recherchées d'abord en interrogeant l'assurée elle-même sur sa journée type : elle fait de la marche, de la natation, travaille quelques heures par jour sur internet (création de sites web et moyen d'information à titre privé) d'après l'expertise bi disciplinaire rhumato-psychiatrique du SMR du 28.11.2014. De plus, nous ne pouvons pas faire abstraction de l'enquête détective mandatée par la [...] sur la période allant du 01.04.2014 au 27.04.2014 au cours de laquelle l'assurée est vue « marchant 600m en 8 minutes », monter et descendre les escaliers, monter et descendre de voiture, s'asseoir, se lever, bouger, porter, marcher, s'accroupir, mettre un genou à terre... Tout ça, sans manifester de gêne ou de douleur. L'avocat maître GUYAZ met en cause la licéité de cette enquête, ce que nous ne pouvons juger, mais les faits observationnels sont là.

3-Maitre GUYAZ se trompe en affirmant dans son courrier du 02.11.2016 p.7 que l'assurée n'a pu rester assise que 5 minutes sans gêne au cours de l'examen bi disciplinaire du 23.10.2014 (rédigé le 28.11.2014), mais elle a pu rester assise sans gêne 50 minutes comme mentionné à la p.11 dudit rapport.

4-La CT limitée à 40% au cours de la réadaptation serait due à de la fatigue (assurée allant à ses formations professionnelles avec un matelas pour s'allonger sur son lieu de formation). Or cet aspect a été amplement évalué lors de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique au SMR le 23.10.2014.

Conclusion :

Pour toutes ces raisons et contradictions, nous n'avons pas lieu de retenir plus particulièrement les conclusions de l'expertise du Dr M._____, et considérons comme toujours valables les conclusions de l'examen bi disciplinaire rhumato-psychiatrique du SMR en date du 23.10.2014.

Conclusion :

Malgré l'apport d'une nouvelle expertise de la part de l'assurée, il n'y a pas de fait nouveau médical, contrairement à ce qu'avance le Dr M._____.

Notamment, nous ne pouvons pas retenir de diagnostic d'hyper mobilité telle que le syndrome d'Ehler Danlos.

Nous n'avons donc pas de raison de nous écarter de la position du SMR dans son examen rhumato/psy de 2014 retenant une CT de 70% dans une AA [activité adaptée], le travail d'employée de commerce ou de webmaster étant des activités adaptées. »

Le 25 septembre 2017, l'OAI a expliqué estimer que pour juger d'une évolution de la situation, l'état de fait actuel devait être comparé avec celui qui prévalait au moment de la communication de maintien de rente entière du 8 novembre 2007, dernière évaluation reposant sur un examen matériel complet. Selon lui, la communication du 23 décembre 2010 maintenant également la rente ne reposait que sur le rapport du Dr D._____ du 21 mai 2010 et ne pouvait fonder un point de comparaison valable. L'OAI a considéré que l'examen clinique effectué au SMR avait mis en évidence que l'intéressée disposait d'un certain nombre de ressources qui ne ressortait nullement du rapport du Dr D._____ ; elle sortait faire ses courses, voyait des connaissances, conduisait son véhicule et pratiquait de manière régulière la natation. Une amélioration de l'état de santé de l'assurée était donc intervenue, dont la date était certes difficile à déterminer, compte tenu de l'absence de suivi psychiatrique, « ce qui ne [voulait] pas dire qu'elle n'a[vait] pas eu lieu ». Se référant à l'avis médical du SMR du 23 mars 2017, il indiquait que le rapport d'expertise privée du Dr M._____ ne justifiait pas de s'écarter des conclusions découlant du rapport bi-disciplinaire du SMR. En outre, la suppression de la rente ne se fondait pas sur le rapport de détective mais sur les observations cliniques et investigations médicales. Ce rapport

n'était qu'un élément parmi les autres et les constatations en ressortant n'étaient qu'une confirmation de ce qui avait été médicalement constaté lors de l'examen SMR.

Par décision du 9 octobre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision du 27 septembre 2016.

F. Par acte du 9 novembre 2017, S._____, par l'intermédiaire de Me Guyaz, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant à son annulation en ce sens que la rente entière est maintenue - subsidiairement que la cause soit renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants, plus subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à trois-quarts de rente, fondée sur un taux d'invalidité de 60 %, à partir du 1^{er} jour du 2^e mois suivant l'entrée en force de l'arrêt à intervenir -, ainsi qu'au remboursement des frais d'expertise privée du Dr M._____ par 7'200 francs. En substance, elle a fait valoir qu'il n'existait aucun motif permettant à l'intimé de réviser la décision d'octroyer la rente entière. Elle reprochait ainsi à l'autorité administrative d'avoir voulu revoir sa décision entrée en force parce qu'elle avait simplement changé d'opinion. Subsidiairement, elle a considéré que l'intimé avait justifié la suppression de la rente par les différents rapports du SMR, lesquelles n'avaient pas valeur probante, compte tenu notamment du fait que ceux-ci se fondaient essentiellement sur le rapport du détective. L'office n'était ainsi pas légitimé à refuser la mise en œuvre d'une expertise externe. Plus subsidiairement, la recourante a estimé que l'intimé avait mal évalué son taux d'invalidité, au vu des pièces médicales au dossier et des règles applicables en la matière. Outre la production du dossier de l'intimé, elle a requis à titre de mesures d'instructions la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique, ainsi que l'audition de son ex-ami, M. [...]. A l'appui de sa position, elle a notamment produit un rapport du 7 novembre 2017 de la Dre Q._____ et de Mme J._____, respectivement spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychologue psychothérapeute au cabinet de psychiatre et

psychothérapie DZ._____. Elles ont posé le diagnostic de probable trouble dissociatif non spécifié (F 44.9), avec comme diagnostic différentiel un trouble de la personnalité mixte avec traits de personnalité évitant, dépendant et histrionique. Les limitations fonctionnelles étaient une difficulté à ressentir et à gérer les émotions, une fatigue, une lenteur et des symptômes somatiques qui rendaient l'endurance difficile. La plainte essentielle de la recourante était la douleur, accompagnée d'une faible estime de soi, d'une dépendance de son entourage pour certaines activités de la vie quotidienne, d'un sentiment d'impuissance et incompréhension face à sa situation et de certaines peurs qui l'empêchaient d'avancer dans son rétablissement (comme par exemple peur des effets secondaires des médicaments, peur de se blesser en faisant certains mouvements, peur de tomber). La Dre Q._____ et Mme J._____ constataient notamment que la Dre G._____ (cf. rapport du 23 octobre 2014) relevait que l'intéressée disait se présenter de façon très souriante et qu'elle avait un caractère toujours positif. A cet égard, elles précisaient que la recourante répondait aux conflits émotionnels ou facteurs de stress en s'attribuant des qualités exagérées et observaient des mécanismes de défenses d'idéalisation. Il s'agissait d'un mécanisme de défense pour lutter contre le sentiment d'impuissance. Pendant les entretiens, l'intéressée exprimait des émotions qui n'étaient pas forcément en corrélation avec l'expression faciale. La Dre Q._____ et Mme J._____ ont expliqué être en désaccord avec la Dre G._____ (cf. rapport du 23 octobre 2014), lorsque celle-ci estimait que « l'assurée confirm[ait] qu'elle a[vait] vécu une enfance et une adolescence sans particularités, marquée cependant par la consommation exagérée de l'alcool du père. Mais il n'y a[vait] jamais eu de violence ni physique ni psychique ». La médecin et la psychologue ont indiqué que, pour l'instant elle n'avait pas d'éléments d'anamnèse précoce (grossesse, naissance, ...) mais elles observaient une possible histoire traumatique et d'attachement des parents eux-mêmes (deuils, violence, addiction). La recourante avait tendance à idéaliser la période précédant la chute à cheval. La Dre Q._____ et Mme J._____ pensaient que des traumatismes antérieurs, compensés jusqu'à l'accident de cheval, contribuaient à la survenance des troubles. Elles observaient un état psychique cristallisé, avec peu de

progrès en dépit de l'attitude coopérative de l'intéressée. Le pronostic à court et moyen terme était celui d'une invalidité professionnelle totale sur le marché du travail rémunéré dans la première économie. A long terme, après une réinsertion progressive à faible pourcentage réussie, la recourante pourrait travailler en tant que secrétaire ou webmaster à 50 % depuis sa maison. En dehors de son domicile, sa capacité de travail ne dépasserait pas 10 - 20 % dans un premier temps en raison de ses difficultés à se déplacer et de sa fragilité psychique. Elle présentait en outre une diminution de rendement de 80 % dans ces différentes activités. La Dre Q._____ et Mme J._____ ont estimé qu'il existait une péjoration nette de la situation clinique par rapport à ce qui avait été observé par la Dre G._____ en 2014. Elles décrivaient le quotidien de l'intéressée comme il suit (*sic*) :

« Mme S._____ passe une grande partie de la journée à la maison couchée. La patiente est créative et travaille à petit pourcentage pour réaliser des sites web en collaboration avec un ami. Elle dit travailler sur l'ordinateur 2 ou 3 heures par jours lorsqu'elle n'a pas de rendez-vous, toutefois son rendement est faible en raison de sa lenteur, du besoin d'alterner position assise-debout, de son besoin de rechercher des informations pour poursuivre son travail et du manque de confiance en soi.

En ce qui concerne les courses, la patiente fait principalement ses courses par internet (le shop). Elle sort acheter la viande ou d'autres aliments qu'elle peut transporter seule en raison de leur poids. Mme S._____ rencontre des amis à domicile et à l'extérieur. Elle nous explique que pour pouvoir sortir, elle se prépare en restant toute la journée couchée.

Mme S._____ fait de la marche, à noter qu'après 25-30 minutes, elle observe une augmentation des douleurs.

Pour la natation, depuis octobre 2016 elle a participé à la physiothérapie en piscine (elle a pu participer à 5 cours sur 11) et cet été elle s'est rendu à deux reprises à la piscine (elle souhaiterait se rendre plus souvent à la piscine mais elle n'y arrive pas en raison de difficultés dans les déplacements).

En ce qui concerne la conduite automobile, Mme S._____ peut conduire sur des courts trajets. Elle se sent incapable de prendre l'autoroute, elle a des difficultés à conduire la nuit et n'ose plus prendre des routes qu'elle ne connaît pas. Elle a toujours peur que des vibrations ou des secousses puissent empirer des douleurs. »

Par avis du 15 janvier 2018, la Dre T._____ du SMR a considéré ce qui suit concernant le rapport de la Dre Q._____ et de Mme J._____ :

« A la lecture de ce rapport médical, et après avoir pris également connaissance des rapports des mesures mis en place par l'OAI entre mars et août 2016, nous pouvons faire les remarques suivantes :

- Le diagnostic de trouble dissociatif non spécifié posé par Mmes Q. _____ et J. _____ n'est pas clairement étayé. Elles justifient la survenance de ce trouble par des éléments traumatiques puisés dans l'enfance de l'assurée, éléments touchant d'autres membres de sa famille, et qui auraient été compensés jusqu'à la chute de cheval survenue en 1999. Ce trouble s'exprimerait principalement sous forme de douleurs chroniques et un sentiment d'impuissance devant cet état de fait et de ses conséquences. Si l'on se réfère à la définition des troubles dissociatifs de la CIM-10, « Les troubles impliquant des manifestations douloureuses ou d'autres sensations physiques complexes faisant intervenir le système nerveux autonome, sont classés parmi les troubles somatoformes (F45.0) ». Qu'il s'agisse d'un trouble dissociatif ou d'un trouble somatoforme, la gravité de l'atteinte et ses conséquences doivent être analysées selon les indicateurs de la nouvelle jurisprudence ; les nombreux renseignements au dossier obtenus dans le cadre de cette révision nous apportent de nombreux éléments à ce sujet.
- Premièrement, il n'est pas noté, par les différents psychiatres amenés à examiner l'assurée au cours de cette révision, de comorbidité psychiatrique majeure (absence de trouble de l'humeur, de trouble anxieux, de trouble psychotique), ni de trouble de la personnalité amenant à un dysfonctionnement significatif dans les différents domaines de la vie. Des traits de personnalité histrioniques et infantiles ont été relevés, mais de par leur intensité, ces traits ne justifient pas un diagnostic de trouble de la personnalité au sens strict du terme selon les classifications internationales. De même, Mmes Q. _____ et J. _____ ne relèvent pas de comorbidité psychiatrique significative en plus de leur diagnostic de trouble dissociatif.
- Deuxièmement, les rapports de mesures de réadaptation réalisées entre mars et août 2016 (rapports de [...] du 29.06.2016, rapport du [...] du 25.07.2016, rapport de [...] du 07.09.2016) montrent, et confirment, que l'assurée dispose de ressources personnelles et sociales non négligeables et mobilisables : elle dispose premièrement de bonnes ressources d'adaptation comme en témoigne le fait qu'elle ait d'elle-même développé une activité de webmaster ; ses bonnes ressources adaptatives sont également relevées et objectivées dans les différents rapports des mesures de 2016 ; de ces rapports de mesures, l'on retiendra également que l'assurée fait preuve de bonnes compétences sociales et personnelles (bonne intégration aux groupes, collaborante, politesse, respect des horaires et des consignes, attitude volontaire, motivation, autonomie, organisation, etc.). Bien que les mesures aient été difficiles à mettre en route, l'assurée se plaignant d'une recrudescence des douleurs, l'assurée s'est soumise à ces mesures de réadaptation de manière positive. Elle relève être contente d'avoir pu reprendre un rythme de travail, et souhaiterait même effectuer un second stage ; elle se montre également proactive puisque elle prend rendez-vous chez un psychiatre afin de pouvoir travailler sur la gestion de la douleur et trouver des solutions (voir rapport Centre du 07.09.2016).

- Troisièmement, l'on ne peut pas parler d'échec des traitements et de la réadaptation : en effet, un suivi psychiatrique n'a été repris qu'en octobre 2016, manifestement dans un objectif de mieux gérer les douleurs, aucune médication psychotrope n'est prescrite. Par ailleurs, lors de l'examen clinique SMR de 2014, il était constaté, que malgré les plaintes douloureuses, l'assurée ne prenait aucun médicament depuis 2004 en raison de douleurs gastriques. L'absence de prise de médication antalgique est toujours d'actualité en 2016 (voir expertise du Dr M._____). En cas de fortes douleurs, invalidantes, l'on peut raisonnablement s'attendre à la prescription d'autres traitements antalgiques, sans effets secondaires gastriques, à commencer par le paracétamol. Par ailleurs, les mesures de réadaptation ont été interrompues après 6 mois, non seulement pour raisons médicales, mais également pour d'autres raisons (contestation de la CT, procédure de recours).
- Finalement, l'on relèvera, tout au long de cette révision, un certain nombre de discordances entre les plaintes de l'assurée et les faits observés (enquête externe réalisée à l'insu de l'assurée en 2014 qui montre une assurée plus active que ce qu'elle prétend, douleurs invalidantes alléguées mais absence de traitement antalgique, appréciation d'une CT résiduelle dans une activité adaptée de 50% au moins par tous les experts qui ont été amenés à l'examiné [sic] (Dr W._____, Dr F._____, Dr P._____, Dr M._____ versus allégation d'absence de capacité de travail ou capacité de travail très faible hors du domicile).

Par conséquent, à la lumière de l'ensemble des renseignements au dossier obtenus dans le cadre de la révision de rente de l'assurée, et en particulier des derniers éléments tels que les rapports de mesures de réadaptation, il y a lieu de constater que l'assurée ne présente pas d'atteinte à la santé psychique de gravité telle qu'elle justifierait une incapacité totale de travail dans toute activité. Le rapport médical de Mmes Q._____ et J._____ n'apporte pas d'élément médical objectif en faveur d'une modification significative de l'état de santé psychique depuis l'examen clinique de 2014, et dès lors, ne remet pas en cause l'appréciation de l'exigibilité faite précédemment. Les observations faites durant les mesures de nouvelle réadaptation en 2016 démontrent que l'assurée dispose de ressources psychiques non négligeables, et surtout mobilisables. »

Le 25 janvier 2018, l'intimé a répondu et conclu au rejet du recours. Il a maintenu ses arguments et ajouté que les frais relatifs à la mise en œuvre de l'expertise du Dr M._____ ne devaient pas être mis à sa charge. L'état de fait médical utile à la décision contestée n'avait en effet pas été établi en fonction de ce document. L'intimé a également expliqué que le rapport de détective n'avait pas l'importance que la recourante voulait lui donner, les médecins du SMR s'étant principalement basés sur les constatations cliniques et sur l'entretien avec l'intéressée. Il estimait que les ressources de l'intéressée, notamment la bonne tolérance

de la position assise et la reprise d'une activité lucrative, avaient été constatées et discutées au cours de l'entretien. Il se référait en outre à l'avis du 15 janvier 2018 de la Dre T._____, qu'il produisait en annexe de son écriture.

Par réplique du 7 mars 2018, la recourante a confirmé sa position, en ajoutant qu'il existait une contradiction sur l'importance accordée au rapport de détective entre la teneur de la réponse et celle de l'avis du 15 janvier 2018 de la Dre T._____. Elle relevait en outre que les conclusions et la motivation de la Dre Q._____ et de Mme J._____ étaient clairement dans la ligne du Dr F._____.

Aux termes d'une duplique du 9 avril 2018, l'intimé a maintenu ses conclusions.

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 auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une

manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière versée par l'intimé au-delà du dernier jour du 1^{er} mois qui suit la notification de la décision du 9 octobre 2017.

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.

b) Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. 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).

c) Aux termes 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, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché 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, si nécessaire, une comparaison des revenus – et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

d) Selon l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 de la LAI (6^e révision de l'AI, premier volet), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de

l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies.

Trois conditions doivent être réalisées pour que puisse avoir lieu une révision du droit à la rente fondée sur l'al. 1 de la let. a des dispositions finales, étant précisé qu'il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. Premièrement, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Ce n'est que si cette condition est remplie qu'une procédure de révision fondée sur les dispositions finales peut être introduite. Deuxièmement, au moment de la révision, seul un tel diagnostic doit exister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé et si un autre diagnostic peut être posé en se fondant, cas échéant, sur une expertise. Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (ATF 139 V 547 consid. 10.1 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 5.2, 8C_436/2013 du 23 janvier 2014 consid. 4 et 8C_505/2013 du 8 janvier 2014 consid. 4.1).

L'application de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales découle exclusivement de la nature de l'atteinte à la santé ayant fondé le droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'étendre l'application de cette réglementation par analogie aux cas dans lesquels il existe une pathologie objectivée, mais où l'on peut se demander si celle-ci justifie l'intégralité des plaintes exprimées par le patient (TF 8C_738/2013 du 8 avril 2014 consid. 3.1.2.1 et TF 9C_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2.3).

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 un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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

b) Bien que les rapports d'examen réalisés par un SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probante que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 ; TF 9C_159/2013 du 22 juillet 2013 consid. 4.1).

c/i) Aux termes de l'art. 13 al. 1 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999 ; RS 101), toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile, de sa correspondance et des relations qu'elle établit par la poste et les télécommunications (al. 1). Toute personne a le droit d'être protégée contre l'emploi abusif des données qui la concernent (al. 2). Comme tout autre droit constitutionnel, le droit au respect de la vie privée et familiale peut être restreint pour un motif d'intérêt public, pour autant que l'atteinte repose sur une base légale et soit propre à atteindre le but visé et soit proportionnée (art. 36 Cst.).

L'art. 8 CEDH (Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ; RS 0.101) garantit que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance (par. 1). Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui (par. 2).

ii) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. En assurance-invalidité, l'art. 59 al. 5 LAI prévoit que les offices de l'assurance-invalidité peuvent faire appel à des spécialistes pour lutter contre la perception indue de prestations.

Lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, l'assureur enregistre de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (art. 46 LPGA). Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. L'assuré peut consulter le dossier, pour les données qui le concernent (art. 47 al. 1 let. a LPGA).

iii) Dans un arrêt du 18 octobre 2016 (arrêt Vukota-Bojić c. Suisse requête n° 61838/10), la Cour européenne des droits de l'homme (CrEDH) a retenu que les art. 28 et 42 LPGA, ainsi que l'art. 96 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), ne constituent pas des bases légales suffisantes pour l'observation par un détective mandaté par l'assureur-accidents social, de sorte qu'elle a conclu à une violation de l'art. 8 CEDH (§ 72 ss de l'arrêt). En revanche, la CrEDH a nié que l'utilisation des résultats de la surveillance par l'assureur-accidents violât l'art. 6 CEDH (droit à un procès équitable). Elle a considéré comme déterminant que ces résultats n'avaient pas été à eux seuls décisifs pour évaluer le droit à la prestation dans le cadre de la procédure du droit des assurances sociales en question et que la personne assurée avait eu la possibilité de les contester, notamment sous l'angle de leur authenticité et de leur utilisation (dans une procédure litigieuse). La qualité probatoire du moyen en cause, soit le point de savoir s'il est propre à servir de preuve, sa force probatoire, ainsi que les circonstances dans lesquelles la preuve a été récoltée et l'influence de celle-ci sur l'issue de la procédure ont également été considérées comme importantes (§ 91 ss de l'arrêt ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.2.1).

De son côté, à la lumière des considérations de l'arrêt de la CrEDH précité, le Tribunal fédéral a jugé dans un arrêt du 14 juillet 2017 que l'art. 59 al. 5 LAI ne constituait pas une base légale suffisante qui réglerait de manière étendue, claire et détaillée la surveillance secrète dans le domaine de l'assurance-invalidité. En conséquence, une telle mesure de surveillance, qu'elle soit mise en œuvre par l'assureur-accidents ou l'office AI, porte atteinte à l'art. 8 CEDH, respectivement à l'art. 13 Cst. qui a une portée pour l'essentiel identique (ATF 143 I 377 consid. 4 ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.2.2).

A la suite de ces arrêts, l'Office fédéral des assurances sociales a ordonné aux offices AI de ne plus mandater de détectives privés et de suspendre les observations en cours dans l'attente d'une révision de la LPGA (Michel Valterio, Commentaire de la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], 2018, n. 14 ad art. 59 LAI).

Dans son arrêt du 14 juillet 2017, le Tribunal fédéral a examiné dans quelle mesure le matériel d'observation déjà recueilli pouvait être exploité. Pour la haute cour, l'examen du sort de la preuve illicite – soit du rapport de surveillance – doit être effectué au regard uniquement de la législation suisse en matière d'assurances sociales, la CrEDH vérifiant seulement si une procédure dans son ensemble peut être considérée comme équitable au sens de l'art. 6 CEDH. Le Tribunal fédéral a retenu pour l'essentiel qu'il est en principe admissible d'exploiter les résultats de la surveillance (et, de ce fait d'autres preuves fondées sur ceux-ci), à moins qu'il ne résulte de la pesée des intérêts en présence que les intérêts privés prévalent sur les intérêts publics. Il a par ailleurs considéré qu'il y a bien lieu, en droit des assurances sociales, de partir du principe d'une interdiction absolue d'exploiter le moyen de preuve, dans la mesure où il s'agit d'une preuve obtenue dans un lieu ne constituant pas un espace public librement visible sans difficulté (ATF 143 I 377 consid. 5 ; TF 9C_817/2016 du 15 septembre 2017 consid. 3.3.1 ; 8C_570/2016 du 8 novembre 2017 ; 9C_328/2017 du 9 novembre 2017 ; Valterio, *Ibid.*).

Un rapport de surveillance ne permet pas, à lui seul, de juger l'état de santé et la capacité de travail d'un assuré. Il doit être renforcé par des données médicales, singulièrement en matière de troubles psychiques. L'évaluation du matériel d'observation par un médecin peut suffire (TF 9C_342/2017 du 29 janvier 2018 consid. 5 et réf. cit.).

5. En l'espèce, dans un premier grief, la recourante estime que l'intimé n'était pas légitimé à réviser la décision lui accordant une rente entière, au motif que les circonstances dont dépendait son octroi n'avaient pas changé (cf. art. 17 al. 1 LPGA).

a) En préambule, il y a lieu de constater que, contrairement à ce qu'avaient estimé le Dr L._____ et la Dre T._____ du SMR dans leur avis du 28 août 2014, les dispositions finales introduites dans le cadre du premier volet de la 6^e révision de l'AI n'étaient pas applicables à la recourante. En effet, il est constant que la rente entière a été octroyée à

l'intéressée compte tenu notamment du fait que celle-ci a toujours présenté des atteintes somatiques objectivées et limitantes (cf. notamment le premier avis SMR du 25 avril 2001 du Dr B._____). Une incapacité de travail tant sur le plan somatique que psychiatrique avait ainsi été retenue (cf. avis SMR du 23 janvier 2007 du Dr R._____ ; rapport final et avis d'un collaborateur de l'intimé des 3 août 2007 et 22 décembre 2010 ; mais aussi avis du 28 août 2014 du Dr L._____ et de la Dre T._____). Partant, force est de constater que la rente d'invalidité n'a pas été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, mais également en raison d'une pathologie objectivée. La première condition à l'application des dispositions finales introduites dans le cadre du premier volet de la 6^e révision de l'AI faisant ainsi défaut (cf. consid. 3d *supra*), la révision de la rente au sens de ces dispositions n'entraîne ainsi pas en compte en l'espèce.

Il convient donc effectivement d'analyser le grief de la recourante en déterminant si les conditions d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA sont remplies.

b/i) A cette fin, il y a dès lors lieu de comparer les éléments fondant la décision litigieuse avec ceux ayant justifié précédemment l'octroi puis le maintien de la rente entière. Dans sa lettre du 25 septembre 2017 accompagnant la décision querellée du 9 octobre 2017, l'intimé a estimé que la situation actuelle devait être comparée avec l'état de fait prévalant au moment de la communication de maintien de rente entière du 8 novembre 2007. Selon lui, la communication du 23 décembre 2010 maintenant également la rente ne reposait que sur le rapport du Dr D._____ du 21 mai 2010 et ne pouvait fonder un point de comparaison valable. L'intimé a ensuite expliqué que l'examen clinique effectué au SMR avait mis en évidence que la recourante disposait d'un certain nombre de ressources qui ne ressortaient nullement du rapport du Dr D._____ ; elle sortait faire ses courses, voyait des connaissances, conduisait son véhicule et pratiquait de manière régulière la natation. Une amélioration de son état de santé était donc intervenue.

La position de l'intimé est ici contradictoire. Soit la situation actuelle doit être comparée à celle prévalant au moment de la communication du 23 décembre 2010, auquel cas l'intimé pouvait analyser les ressources ressortant du rapport du Dr D._____, soit elle doit être comparée - comme le soutient l'intimé - à la situation existant au moment de la communication du 8 novembre 2007 et le rapport du Dr D._____ du 21 mai 2010 ne pouvait fonder un point de comparaison.

En l'occurrence, il ne saurait être nié que le maintien de la rente du 23 décembre 2010 n'a pas reposé sur un examen et une instruction de l'état de santé de la recourante. La situation au moment de cette communication du 23 décembre 2010 ne sera utile que s'agissant de la reprise d'une activité de webmaster, qui ne relève pas de l'aspect médical et sur laquelle il sera revenu ci-après (cf. consid. 5b/ii *in fine infra*). Ainsi, et comme l'a indiqué l'intimé, l'état de santé actuelle doit être comparé à celui prévalant au moment du maintien de la rente du 8 novembre 2007.

Or, force est de constater que les ressources évoquées par l'intimé dans sa lettre du 25 septembre 2017 ne sont pas nouvelles ou symptomatiques d'une amélioration de l'état de santé de l'intéressée. En effet, il ressortait déjà du rapport du 2 avril 2001 du Dr W._____ que la recourante était capable de marcher pendant une heure et de conduire sa voiture sur des trajets courts à moyens, seuls les trajets prolongés lui étant pénibles. Elle avait aussi pu reprendre des activités sportives telles que la natation. Ensuite des rapports du Dr W._____ (cf. rapports des 2 avril 2001 et 26 février 2002), l'intimé avait maintenu la rente entière le 22 juillet 2002.

Par ailleurs, le Dr F._____ et Mme C._____ avaient indiqué, dans leur rapport d'expertise psychiatrique du 24 mars 2006, que l'intéressée aurait toujours eu une vie sociale bien remplie qui était jugée comme satisfaisante. Elle était encore très entourée par ses amis et amies, qu'elle voyait régulièrement. Ils précisaient également que la

recourante était alors en couple, lequel avait une vie sociale bien remplie. Le Dr F. _____ et Mme C. _____ ne retenaient ainsi pas de tendance au retrait social ou au repli. Ils avaient précisé que, dans son fonctionnement extraprofessionnel, l'intéressée semblait apte à pouvoir réaliser bon nombre d'activités.

Fondé sur les éléments qui précèdent et sur l'appréciation ressortant de l'avis du 23 janvier 2007 du Dr R. _____ du SMR, l'intimé a considéré que la recourante disposait d'une capacité de travail de 50 %, tant dans son activité de secrétaire que dans une activité adaptée différente de la sienne, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : possibilité de pouvoir changer de position régulièrement, pouvoir effectuer des pauses régulières, pouvoir avoir un matériel ergonomique de bureau, être assise sur un coussin triangle limitant les pressions sur le sacrum et une surcharge psychique avec conversion hystérique (cf. rapport final du 3 août 2007). Par ailleurs, l'exercice d'une activité professionnelle « plutôt » à domicile était conseillée. Lors d'une entrevue avec la recourante le 9 mai 2007, celle-ci s'était montrée angoissée à l'idée d'effectuer un stage d'évaluation. Elle ne parvenait en effet pas à se projeter dans un avenir professionnel en raison de son atteinte à la santé. En outre, selon ses dires, la situation était instable. Elle ne pouvait pas tenir un horaire de travail régulier, ni se rendre tous les jours sur la place de travail et devait alterner les positions debout-assis toutes les deux heures et après deux heures d'activité assise, elle devait pouvoir se coucher. Fondé sur ce qui précède, l'intimé avait alors conclu qu'une activité professionnelle ailleurs qu'à domicile n'était pas envisageable, de sorte qu'un revenu économique valable ne pouvait être réalisé sur le marché du travail. C'est ainsi qu'il a maintenu la rente par communication du 8 novembre 2007.

A la lecture de ce qui précède, il est constaté que le fait, actuellement, pour la recourante de sortir faire ses courses, de voir des connaissances, de conduire son véhicule ou d'aller à la piscine – pour faire de la physiothérapie ou nager quelques mètres – ne saurait être considéré comme une amélioration de son état de santé. En effet, ces activités

étaient déjà présentes lorsque la rente avait été octroyée et maintenue. Ces occupations rentrent par ailleurs dans le cadre des limitations fonctionnelles alors retenues.

ii) Dans sa réponse du 25 janvier 2018, l'intimé a également évoqué les ressources de la recourante consistant en sa bonne tolérance de la position assise, ainsi que sa reprise d'une activité lucrative.

S'agissant de la position assise, l'intimé se fonde sur le rapport du 28 novembre 2014 du Dr P. _____ et de la Dre G. _____ du SMR. Dans leur appréciation, ces médecins ont en effet estimé que la tolérance à la position assise avait été bonne. Ils ont justifié cette opinion par le fait que la recourante était restée assise de manière continue durant un entretien, qui avait duré 55 minutes, respectivement 50 minutes selon l'extrait du rapport choisi, et cela sans gêne particulière, étant néanmoins précisé qu'elle appliquait les mesures de protection rachidienne.

Or, déjà dans son rapport du 2 avril 2001, le Dr W. _____ expliquait que la recourante pouvait rester assise pendant une heure lorsqu'elle avait un siège adéquat et moyennant l'utilisation d'un coussinet qu'elle transportait toujours avec elle. Dans leur rapport du 24 mars 2006, le Dr F. _____ et Mme C. _____ ont certes indiqué que durant l'entretien, l'intéressée s'était levée pour signaler son inconfort. Ils ont cependant qualifié de long cet entretien qu'ils ont eu avec l'intéressée, de sorte qu'il apparaît en l'état, à défaut d'indications supplémentaire et au stade de la vraisemblance prépondérante, que sa durée a été largement supérieure à une heure. Le 23 janvier 2007, le Dr R. _____ du SMR a estimé que, au titre des limitations fonctionnelles, la recourante devait notamment avoir la possibilité de pouvoir changer de position régulièrement, pouvoir effectuer des pauses régulières, pouvoir avoir un matériel ergonomique de bureau et être assise sur un coussin triangle limitant les pressions sur le sacrum (cf. avis du 23 janvier 2007). Pour justifier le maintien de la rente le 8 novembre 2007, l'intimé a notamment repris les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr R. _____ et indiqué que, selon les dires de la recourante, elle devait alterner les

positions debout-assis toutes les deux heures et devait pouvoir se coucher après deux heures d'activité assise.

Compte tenu des éléments qui précèdent, il n'apparaît pas que le fait pour l'intéressée d'être restée assise pendant moins d'une heure sans gêne apparente démontrerait une amélioration de l'état de santé ayant fondé son droit à la rente. L'appréciation du Dr P. _____ et de la Dre G. _____ du SMR à ce sujet est d'autant plus surprenante que ces médecins ont rapporté les paroles de la recourante selon lesquelles la position assise était limitée à une heure. Ils ont en outre retenu que l'intéressée présentait notamment la limitation fonctionnelle ostéo-articulaire consistant en la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout (cf. rapport du 28 novembre 2014), soit une limitation plus importante que ce qui avait justifié le maintien de la rente en 2007. En définitive, on ne saurait suivre l'avis du Dr P. _____ et de la Dre G. _____ lorsqu'ils ont considéré que « le Dr W. _____ avait retenu également une limitation pour la position assise qui n'est plus actuellement de mise, au vu de la bonne tolérance à la position assise au cours des 2 entretiens rhumatologique et psychiatrique ». Ces médecins n'ont en effet évoqué qu'une durée maximale de 55 minutes pour un entretien, étant précisé que l'important pour la recourante est précisément de pouvoir alterner les positions. En outre, les observations décrites par les médecins du SMR sont parfaitement cohérentes avec la situation médicale qui prévalait au moment du maintien de la rente du 8 novembre 2007.

S'agissant de la reprise d'une activité lucrative, en l'occurrence de webmaster, force est de constater que l'intéressée avait spontanément informé l'intimé le 20 mai 2008 de l'obtention d'un mandat pour une telle activité. Ensuite de cette information, l'intimé a - par communication du 23 décembre 2010 - maintenu le droit à la rente, estimant que le degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer ledit droit. Partant, si la situation médicale de la recourante au moment du 23 décembre 2010 ne doit effectivement pas être prise en compte dans le cadre de la comparaison effectuée avec la situation actuelle, force est

néanmoins de constater que la connaissance à cette date d'une activité de webmaster ne saurait néanmoins être ignorée. En effet, par le maintien de la rente du 23 décembre 2010, l'intimé a estimé que le fait pour la recourante de reprendre une telle activité lucrative ne constituait pas un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, soit un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité de l'intéressée. L'intimé ne peut aujourd'hui revenir sur cette décision sans changement de circonstances. La communication du 23 décembre 2010 consacre ainsi le fait que la révision de la rente ne saurait se justifier par la seule reprise d'une activité lucrative de webmaster, cette situation n'étant pas nouvelle.

Partant, force est de constater que l'intimé échoue à justifier un changement déterminant des circonstances permettant la révision de la rente conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA.

c) Cela étant, il est constant que la décision de l'intimé est fondée principalement sur le rapport du 28 novembre 2014 du Dr P._____ et de la Dre G._____ du SMR. Ces médecins ont en effet estimé que la capacité de travail de la recourante s'était améliorée, étant désormais de 70 % tant dans une activité adaptée que dans son activité habituelle. Il convient cependant de déterminer si l'augmentation de la capacité de travail résulte d'un changement pertinent des circonstances ou d'une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé (cf. consid. 3c *supra*). Il est à ce stade relevé que ces médecins se sont passablement référés au rapport de surveillance de détective du 16 juillet 2014, dont le statut sera examiné ci-après (cf. consid. 5c/iii *infra*).

i) Les diagnostics incapacitants retenus par le Dr P._____ et la Dre G._____ sont uniquement au niveau somatique (cf. rapport du 28 novembre 2014). Il s'agit de lombosciatalgies et sacralgies dans le cadre de troubles statiques discrets du rachis et de troubles dégénératifs modérés du rachis et de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire avec status après fracture S1-S2, compliquée d'une neuropathie résiduelle

S1, S2, S3 bilatérale et de cervicalgies dans le cadre de discrets troubles statiques du rachis et de troubles dégénératifs modérés du rachis cervical. La situation post-fracturaire du sacrum et l'atteinte neurologique en S1 décrites par les Drs B._____ (cf. rapport du 25 avril 2001) et W._____ (cf. 26 février 2002) se retrouvent ainsi dans ces diagnostics.

A teneur du rapport du 28 novembre 2014 du Dr P._____ et de la Dre G._____, la recourante se serait plainte de douleurs à la face postérieures des membres inférieurs, de la plante des pieds, lombaires et du sacrum. Les douleurs augmentaient durant la journée, pour atteindre des valeurs jusqu'à 5 ou 7/10 sur l'échelle visuelle analogique. Des douleurs cervicales étaient également évoquées, cependant en amélioration actuellement. Il est constaté que ces douleurs correspondent à celles retenues lorsque la rente avait été octroyée puis maintenue. Notamment, le Dr F._____ et Mme C._____ avaient expliqué que les plaintes algiques concernaient essentiellement la région sacro-lombaire basse (cf. rapport du 24 mars 2006) et que les douleurs augmentaient notamment durant la journée. Le Dr W._____ avait également évoqué des douleurs du sacrum remontant sur la colonne vertébrale, ainsi que des dysesthésies des membres inférieurs (cf. rapport du 26 février 2002).

Il ressort de l'observation clinique effectuée par le Dr P._____ et la Dre G._____ que, s'agissant de la tolérance à la position assise, la situation correspond à celle retenue au moment du maintien de la rente le 8 novembre 2007, ainsi qu'évoqué précédemment (cf. consid. 5b/ii *supra*). La recourante appliquait les mesures de protection rachidienne. Elle évitait en outre l'antéflexion du tronc au déshabillage avant l'examen clinique et l'habillage après celui-ci (cf. rapport du 28 novembre 2014). L'examen clinique somatique opéré par les médecins du SMR ne laisse pas apparaître de différences déterminantes par rapport à l'état de santé de l'intéressée pertinent au 8 novembre 2007. Ces médecins se sont d'ailleurs référés aux examens radiologiques effectués avant 2007.

Le récit qu'ont fait les médecins du SMR de la vie quotidienne de la recourante (cf. rapport du 28 novembre 2014) correspond en outre à celui qui était décrit antérieurement à 2007, en particulier au fonctionnement psychosocial rapporté par le Dr F._____ et Mme C._____ (cf. rapport du 24 mars 2006).

En définitive, le Dr P._____ et la Dre G._____ ont reconnu les douleurs au niveau du sacrum, à la face postérieure des cuisses et à la plante des pieds (cf. rapport du 28 novembre 2014). Estimant que ces douleurs s'étaient améliorées au fil des années, ils ont néanmoins retenu les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2 fois/heure la position assise et la position debout ; pas de soulèvement régulier ou de port régulier de charges d'un poids excédants 5 kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; pas de trajet en voiture de plus de 30 minutes ; pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque ; pas de rotation rapide de la tête ; pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ; pas de position debout de plus de 15 minutes ; pas de marche de plus de 30 minutes. Il est rappelé que dans l'avis du 23 janvier 2007 ayant fondé le maintien de la rente du 8 novembre 2007, le Dr R._____ du SMR avait estimé que les limitations fonctionnelles somatiques de la recourante étaient notamment la possibilité de pouvoir changer de position régulièrement, pouvoir effectuer des pauses régulières, pouvoir avoir un matériel ergonomique de bureau et être assise sur un coussin triangle limitant les pressions sur le sacrum. Force est de constater que les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR correspondent à celles ayant fondé le maintien de la rente, voire pourraient même paraître légèrement plus invalidantes. Partant, il convient de retenir que la situation au niveau somatique n'a pas évolué d'une manière déterminante depuis le maintien de la rente du 8 novembre 2007.

ii) Le Dr P._____ et la Dre G._____ ont en outre considéré qu'aucun diagnostic sur le plan psychiatrique avec répercussion sur la capacité de travail ne pouvait être posé. Le 8 novembre 2008, la rente

avait été maintenue compte tenu notamment du rapport du 24 mars 2006 du Dr F._____ et de Mme C._____ (cf. avis du 23 janvier 2007 et rapport final du 3 août 2007 de l'intimé). Ces derniers avait posé les diagnostics de probable trouble de somatisation sévère et de personnalité avec traits histrioniques « décompensée », constituant un probable trouble de conversion hystérique.

Le Dr P._____ et la Dre G._____ ont expliqué que, lors de l'examen, la recourante présentait des traits infantiles, quelques traits histrioniques, mais que le status clinique n'objectivait pas de trouble de la personnalité décompensée. Ils ont précisé que la présence de ces traits ne justifiait pas le diagnostic d'un trouble de la personnalité, lequel, compte tenu de son inexistence, ne pouvait être décompensé. L'intéressée présentait donc une amélioration nette de son état clinique. En outre, elle se plaignait de douleurs mais n'avait pas de comportement algique et elle ne présentait pas de sentiments de détresse. Ils posaient le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de personnalité histrionique et psycho-infantile.

Dans leur rapport du 24 mars 2006, le Dr F._____ et Mme C._____ avaient estimé que les plaintes douloureuses extensives de la recourante rentraient dans le cadre d'un trouble de somatisation. En substance, ils avaient expliqué que l'accident du 31 août 1999 avait généré chez l'intéressée un « accident hystérique » ou « accident de conversion », soit une conversion somatique. La recourante avait ainsi réagi psychologiquement à cet accident de manière forte. La conversion résultait du fait qu'après une réaction de stress normale ou adaptative ensuite de l'accident, l'intéressée avait transformé ses souffrances psychologiques en souffrances physiques, lesquelles n'avaient ainsi pas de substrat organique. Le Dr F._____ et Mme C._____ avaient indiqué que ce trouble chez la recourante prenait racine sur une personnalité qui avait quelques traits histrioniques tout au plus, lesquels ne constituaient pas un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé. Ils ont ajouté qu'une telle « conversion hystérique » pouvait survenir chez n'importe quel individu, même si une personnalité hystérique possédait

certes un seuil de conversion plus bas. Ils ont ainsi retenu que le diagnostic de « trouble hystérique polysymptomatique » prenait en compte l'absence de systématisation neuro-anatomique dans la topographie des symptômes, l'absence d'anomalie des réflexes ostéo-tendineux et cutanés, la variabilité du symptôme suivant le moment et les circonstances, ainsi que la nature des plaintes, la multiplicité des médecins consultés et des examens pratiqués. Le Dr F._____ et Mme C._____ ont estimé que le trouble de somatisation représentait une véritable maladie psychique en tant que telle et engendrait un handicap fonctionnel objectif quant à la capacité de travail de l'intéressée. En outre, le pronostic était peu favorable, les chances d'amélioration avec le temps paraissant pour le moins ténues.

Il ressort de ce qui précède que le Dr P._____ et la Dre G._____ ont fait une lecture erronée du rapport du Dr F._____ et de Mme C._____. Les médecins du SMR ont ainsi retrouvé les traits histrioniques, reconnaissant en outre des traits infantiles. Ce faisant et contrairement à ce qu'ils ont laissé entendre, ils ne se sont pas écartés de l'avis du Dr F._____ et de Mme C._____. Ces derniers avaient en effet indiqué que ces traits ne constituaient pas un trouble majeur de la personnalité, mais avaient estimé qu'ils s'étaient décompensés. Partant, le Dr P._____ et la Dre G._____ se sont mépris en estimant que le Dr F._____ et de Mme C._____ avaient retenu un trouble dans la sphère histrionique et qu'un tel trouble aurait été décompensé. Par ailleurs, s'ils entendaient en l'état remettre en cause le fait que les traits histrioniques aient été décompensés par l'accident, cela constituerait une appréciation différente d'un état de fait inchangé, procédé interdit par la jurisprudence en matière de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. consid. 3c *supra*). De toutes manières, il est rappelé que le Dr F._____ et Mme C._____ ont estimé que l'incapacité de travail de la recourante découlait du trouble de somatisation, mais non des traits histrioniques décompensés.

Dans le cadre de ce diagnostic de « trouble hystérique polysymptomatique », le Dr F._____ et Mme C._____ avaient relevé

que les plaintes algiques concernaient essentiellement la région sacro-lombaire basse, ainsi des douleurs décrites comme « neurogènes » irradiant dans les jambes et les pieds. Comme vu ci-dessus (consid. 5c/i *supra*), les mêmes plaintes et douleurs avaient été rapportées par le Dr P._____ et la Dre G._____. Selon le Dr F._____ et Mme C._____, le trouble de somatisation permettait d'expliquer les plaintes douloureuses extensives de la recourante, notamment au niveau digestif et gynécologique. A cet égard, ils avaient indiqué que l'intéressée avait de nombreuses intolérances à certains aliments, qui provoquaient des problèmes gastriques. Dans un rapport du 9 juin 2005 du Dr D._____ cité par le Dr F._____ et Mme C._____, étaient évoqués un trouble du transit intestinal et une colopathie spasmodique, qui avaient bien répondu à un traitement de Librax. S'agissant de la zone gynécologique, le Dr F._____ et Mme C._____ avaient relevé que les rapports sexuels étaient décrits comme douloureux et peu fréquents pour cette raison. On retrouve les mêmes problématiques dans le rapport du 28 novembre 2014 du Dr P._____ et de la Dre G._____. Ceux-ci ont en effet mentionné une intolérance au lactose et aux fruits crus, évoquant la perte de poids de la recourante en 2004 en raison de problèmes gastriques, situation qui s'était déjà amendée au moment du rapport du Dr F._____ et Mme C._____ ainsi que cela ressort du rapport du Dr D._____ qu'ils avaient cité. Il est en outre relevé que les médecins du SMR ont constaté que l'abdomen était souple, mais sensible à l'épigastre et à tout l'hémi-abdomen gauche, sans défense, ni détente. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie ou de nasse palpable. Mais les bruits intestinaux étaient augmentés. En définitive, ils ont posé le diagnostic de côlon spastique avec intolérance au lactose. Les médecins du SMR ont également indiqué que l'intéressée signalait de rares épisodes de brûlures urinaires et le fait que les rapports sexuels étaient mal tolérés en raison des douleurs sacrées. Des rares céphalées et de rares troubles de l'équilibre étaient encore rapportés. Il est ainsi constaté que les éléments ayant sous-tendu la pose du diagnostic de trouble de somatisation par le Dr F._____ et par Mme C._____ ne paraissent pas avoir changé, au vu de la teneur du rapport du Dr P._____ et de la Dre G._____.

Les médecins du SMR ont, en outre, indiqué que l'intéressée n'avait pas de comportement algique, alors qu'ils ont précisément constaté qu'elle appliquait les mesures de protection rachidiennes et évitait l'antéflexion du tronc au déshabillage avant l'examen clinique et l'habillage après celui-ci, la situation quant à la position assise ayant été décrite ci-dessus. Le Dr P. _____ et la Dre G. _____ n'ont par ailleurs pas justifié en quoi le comportement algique de la recourante ne serait pas le même que celui avant 2007, comme cela a été constaté ci-dessus. Ils ont également relevé que l'intéressée ne présentait pas de sentiment de détresse, ce qui avait déjà été constaté par le Dr F. _____ et de Mme C. _____. Ces derniers avaient indiqué qu'il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique majeure, précisant d'ailleurs que l'intéressée semblait apte à pouvoir réaliser bon nombre d'activités. A toutes fins utiles, le Dr F. _____ et Mme C. _____ avaient indiqué que le test SCL90R avait été normal pour tous les facteurs, étonnamment aussi pour le facteur « somatisations et symptômes divers », résultat qui tendrait à aller dans le sens d'absence d'une atteinte psychopathologique majeure. Au vu du contexte, ils avaient néanmoins retenu le diagnostic incapacitant de trouble de somatisation. Force est de constater que le Dr P. _____ et la Dre G. _____ n'ont pas amené d'éléments permettant de retenir que l'état de fait ayant justifié la pose de ce diagnostic incapacitant aurait évolué. Le fait que les médecins du SMR n'aient plus retenus le diagnostic de trouble de somatisation, permettant d'expliquer les douleurs ne pouvant être expliquées par un substrat organique, n'est ainsi qu'une simple appréciation différente d'un état de fait demeuré inchangé.

iii) Reste la teneur du rapport de surveillance par détective du 16 juillet 2014, qui constitue une preuve illicite (cf. consid. 4c *supra*). Le fait qu'il ne reste plus que ce moyen de preuve pour établir un changement d'état de fait pertinent par rapport à la situation en 2007 pose problème. Quoiqu'il en soit, force est de constater que ce rapport ne permet pas de retenir qu'une telle modification serait survenue. Il est en effet rappelé que le Dr W. _____ avait considéré le 2 avril 2001 que la recourante était capable de rester assise pendant une heure avec un siège adéquat et l'utilisation d'un coussinet qu'elle transportait toujours avec

elle, de marcher pendant une heure et de conduire sa voiture sur des trajets courts à moyens. Dans le rapport final du 3 août 2007 ayant fondé le maintien de la rente du 8 novembre 2007, un collaborateur de l'intimé avait rapporté les paroles de l'intéressée selon lesquelles elle devait alterner les positions debout-assis toutes les deux heures et devait pouvoir se coucher après deux heures d'activité assise.

Dès lors, le fait que, à teneur de son rapport du 16 juillet 2014, l'enquêteur ait vu la recourante marcher pendant huit minutes, assise pendant 40 minutes et 45 minutes ou conduire son véhicule pendant 20 minutes ne constituent aucunement un changement de l'état de fait pertinent. L'enquêteur a également indiqué que l'intéressée avait marché « dans les rayons d'un magasin pendant 110 minutes en s'arrêtant devant des articles, en essayant des canapés et des chaises ». Ce faisant, elle a ainsi pu soulager les éventuelles tensions survenues par la marche en s'asseyant, l'alternance de positions étant une limitation fonctionnelle retenue par le Dr R. _____ du SMR (cf. avis du 23 janvier 2007). L'enquêteur a également vu la recourante marcher pendant « 70 minutes dans le magasin en poussant un chariot pour finalement se rendre à son véhicule ». Le fait qu'elle aurait marché dix minutes de plus que le temps indiqué par le Dr W. _____ dans son rapport du 2 avril 2001 ne saurait être déterminant en l'espèce, d'autant plus compte tenu du caractère illicite de la preuve et des déclarations de l'intéressée rapportées dans le rapport final du 3 août 2007. Au total, la recourante aurait passé sept heures dans le magasin de meubles. Il ne saurait non plus être retenu que cet élément consacre une amélioration de son état de santé, aucune limitation reconnue en 2007 ne l'en empêchant intrinsèquement si elle alterne les positions. Elle a par ailleurs indiqué qu'elle avait dû se reposer chez elle plusieurs jours avant et après l'achat des meubles qu'elle devait effectuer (cf. opposition du 2 novembre 2016), ce que rien dans le rapport de surveillance incriminé ne contredit et qui paraît en cohérence avec sa situation médicale antérieure. A cet égard, on relèvera que les difficultés rencontrées par la recourante dans le cadre des mesures de réinsertions qu'elle a dû suivre (cf. en particulier bilan intermédiaire du 26 août 2016) corroborent sa version quant au fait que l'achat des meubles l'avait

contrainte à se reposer. Il convient encore de rappeler, eu égard à la teneur du rapport de surveillance, qu'il a déjà été retenu précédemment que le fait de sortir faire ses courses ou de voir des connaissances ne constituaient pas une amélioration de l'état de santé (cf. consid. 5b/i *supra*). Enfin, à toutes fins utiles, il est relevé que le Dr W._____ avait indiqué que la démarche s'effectuait sans boiterie (cf. rapport du 26 février 2002) et le Dr F._____ et Mme C._____ que l'intéressée se déplaçait normalement (cf. rapport du 24 mars 2006),

Partant, force est de constater que le rapport de surveillance par détective du 16 juillet 2014 n'amène pas d'éléments qui seraient nouveaux ou en contradictions de manière déterminante avec la situation de l'intéressée prévalant lorsque sa rente a été maintenue le 8 novembre 2007.

iv) Ainsi, dans leur rapport du 28 novembre 2014, le Dr P._____ et la Dre G._____ ne se sont fondés sur aucun élément nouveau et n'en ont amenés aucun. Partant, le fait qu'ils aient considéré que la recourante ne présentait aucun diagnostic psychiatrique incapacitant et que, compte tenu de limitations fonctionnelles somatiques, sa capacité de travail serait désormais de 70 % dans l'activité habituelle de webmaster à l'extérieur du domicile ou d'employée de commerce ou dans une activité adaptée constitue une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé par rapport à la situation prévalant lorsque la rente a été maintenue. Une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ne pouvait dès lors pas s'opérer sur cette base (cf. consid. 3c *supra*).

d) Force est de constater qu'aucun autre document au dossier ne permet de considérer que l'état de santé de la recourante aurait changé.

Au vu de ce qui précède, les éléments mis en avant par les médecins du SMR dans leurs avis des 28 août 2014, 12 janvier 2015,

23 mars 2017 et 15 janvier 2018 n'amènent en effet rien de nouveau à cet égard.

Il convient en outre d'arriver à la même conclusion concernant le rapport d'expertise privée du Dr M. _____ du 10 octobre 2016 et le rapport de la Dre Q. _____ et de Mme J. _____ du 7 novembre 2017 produits par l'intéressée, étant précisé - comme retenu précédemment (cf. consid. 5b/ii *supra*) - que la reprise d'une activité de webmaster par l'intéressée ne constitue pas un élément nouveau déterminant au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Ces rapports sont en effet dans la lignée de la situation médicale de la recourante en 2007 telle que décrite ci-dessus, ces médecins essayant d'expliquer les douleurs et limitations de l'intéressée par d'autres diagnostics. Ainsi, le Dr M. _____ a désormais notamment posé les diagnostics de syndrome Ehlers-Danlos hypermobile et de fibromyalgie secondaire, et la Dre Q. _____ et Mme J. _____ ont évoqué un probable trouble dissociatif non spécifié, avec comme diagnostic différentiel un trouble de la personnalité mixte avec traits de personnalité évitant, dépendant et histrionique. Ces dernières ont d'ailleurs notamment retenu des symptômes somatiques et rapporté que la plainte essentielle de l'intéressée était la douleur. La description du quotidien de l'intéressée effectuée par la Dre Q. _____ et par Mme J. _____, compte tenu des mesures de réadaptation alors en vigueur, correspond également aux descriptions précédemment évoquées du Dr F. _____ et de Mme C. _____ (cf. rapport du 24 mars 2006) et du Dr P. _____ et de la Dre G. _____ (cf. rapport du 28 novembre 2014). On retrouve ainsi l'état de santé et les éléments ayant fondé l'octroi puis le maintien de la rente. Les conclusions du Dr M. _____ et de la Dre Q. _____ et Mme J. _____ relèvent ainsi également d'une simple appréciation différente d'une même situation, voire d'une potentielle aggravation de l'état de santé de la recourante au vu des nouveaux éléments décrits et diagnostics y relatifs posés, mais en aucun cas une amélioration. La question d'une éventuelle aggravation peut en l'état être laissée ouverte, l'intéressée ne pouvant prétendre à davantage que la pleine rente dont elle bénéficie déjà.

e) Partant, l'instruction menée par l'intimé n'a pas mis en évidence de modification notable du taux d'invalidité de la recourante. Une modification des diagnostics posés ou de la capacité de travail retenue ne permet en effet pas de justifier une révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, lorsque, comme en l'espèce, l'état de santé et les circonstances n'ont pas changé de manière déterminante. Il ressort du dossier que les différents médecins intervenus ont uniquement émis de simples appréciations différentes. L'intimé n'était dès lors pas légitimé à réviser la rente entière par décision du 9 octobre 2017.

Par surabondance, il est constaté les grandes difficultés de l'intéressée à suivre les mesures de réadaptation imposées. Le Dr D._____ a en effet estimé que l'évolution était manifestement lentement défavorable depuis les diverses tentatives de réinsertion professionnelle (cf. rapport du 12 août 2016). Par ailleurs, à teneur du bilan intermédiaire du 26 août 2016, le taux de présence de la recourante était inférieur à 50 % et celle-ci utilisait en outre un matelas pour s'allonger régulièrement afin de calmer ses douleurs, situation difficilement compatible avec un stage en entreprise. Les collaborateurs de la fondation où l'intéressée effectuait un stage ont pourtant indiqué que celle-ci était volontaire, faisait le maximum à sa place de travail, ne se plaignait pas continuellement et ne laissait rien transparaître de sa souffrance. Même la collaboratrice de l'intimé a indiqué qu'il n'était pas possible de déterminer si les démarches entamées dans le cadre du processus de réinsertion aidaient ou au contraire malmenaient/maltraitaient la recourante. Pour ces raisons, toutes les mesures en cours avaient été interrompues. Force est de constater que la situation décrite entre parfaitement en résonance avec l'état médical de l'intéressée en 2007 tel que décrit ci-dessus.

6. La recourante a encore conclu au remboursement des frais de l'expertise menée par le Dr M._____.

L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut,

l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62). De même, selon la jurisprudence, les frais d'une expertise judiciaire seront mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 225 ; 137 V 210).

En l'espèce, le rapport d'expertise privée du Dr M. _____ du 10 octobre 2016 n'a eu aucune influence sur la conclusion du présent arrêt. Sans lui, le résultat aurait été le même. Il n'était dès lors pas indispensable à l'appréciation du cas au sens de l'art. 45 al. 1 LPGA, de sorte que les frais correspondants ne doivent pas être pris en charge par l'intimé.

7. a) En définitive, le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que le droit de l'intéressée à une rente entière est maintenu, la conclusion tendant au remboursement des frais d'expertise privée par 7'200 fr. étant rejetée.

b) 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).

En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe dans une large mesure.

Obtenant gain de cause pour l'essentiel de son recours avec l'assistance d'un mandataire qualifié, l'intéressée 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 3'000 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.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 9 octobre 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit de S. _____ à une rente entière est maintenu.
- III. Le recours est rejeté en ce qu'il tend au remboursement des frais d'expertise privée du Dr M. _____ par 7'200 francs (sept mille deux cents francs).
- IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à S. _____ la somme de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Alexandre Guyaz (pour la recourante),
- 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).

Le greffier :