

VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 688 vom 16. November 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__688

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 688 du 16 novembre 2020

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2020 / 688 del 16 novembre 2020

Regeste

ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 24

décembre 2010 auprès du Centre Orif de [...]. Il en est ressorti que l'assurée éprouvait beaucoup de difficultés (note d'entretien de l'OAI du 19 octobre 2010) et que la priorité devait actuellement porter sur la stabilisation de l'état de santé (rapport de synthèse du Centre Orif du 22 décembre 2010). Parallèlement, le 8 décembre 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique réalisé par le Dr U._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 17 janvier 2011, ce médecin a conclu à l'absence de pathologie psychiatrique passée ou actuelle et a retenu que la capacité de travail exigible du point de vue psychiatrique était de 100 % dans toute activité, depuis toujours. Par compte-rendu du 14 mars 2011, le Dr G._____ a notamment souligné que l'assurée présentait une problématique ostéoarticulaire, pour laquelle à tout le moins un bilan ergonomique paraissait justifié. Par rapport du 16 mars 2011, la Dre L._____ a signalé que la trop grande fatigabilité et les douleurs intermittentes empêchaient l'assurée de travailler à 100 % actuellement, qu'une lente augmentation du temps de travail semblait possible mais que l'état de santé n'était pas encore stabilisé. L'OAI a mandaté experts les Drs S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et X._____, spécialiste en neurologie, ainsi que la neuropsychologue J._____, du Centre [...] (ci-après : Centre C._____). Dans ce contexte, ces derniers se sont vu transmettre notamment un rapport de la radiologue Z._____ du 9 juin 2009 consécutif à des radiographies de la colonne cervicale, concluant à des aspects radiologiques compatibles avec une lésion ligamentaire intéressant l'articulation atlanto-odontoïdienne, sans signe d'instabilité et sans autre lésion à signaler hormis un trouble statique de la colonne cervicale. Les experts se sont ensuite prononcés dans un rapport du 2 mars 2012, retenant les atteintes sans impact sur la capacité de travail de troubles sans substrat somatique clairement objectivable et de trouble de l'humeur léger persistant sans précision probablement depuis 2006 (F34.9). Sur le plan neurologique, l'expert X._____ a conclu qu'aucune affection physique n'expliquait les plaintes formulées par l'assurée – dont les déclarations étaient peu précises et par moment contradictoires – et que, faute d'affection clairement identifiable, il n'y avait donc pas d'incapacité de travail significative à retenir ; en particulier, les altérations observées par la radiologue Z._____ pouvaient être considérées comme tout à fait banales (constitutionnelles) et le diagnostic d'atteinte du ligament alaire posé par l'IRM fonctionnelle restait incertain. Au niveau psychique, l'expert S._____ a relevé que

l'anamnèse était difficile chez une assurée imprécise, variant dans ses réponses, digressive et dissimulant certains éléments. Il a considéré que l'on pouvait tout au plus évoquer la présence d'une thymie dépressive d'intensité légère, mais qui ne justifiait pas en soi une incapacité de travail. Au plan neuropsychologique, l'experte J. _____ a décrit des plaintes floues, une collaboration difficile, des résultats incompatibles avec le niveau de formation de l'assurée et des rendements anormalement faibles dans un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche de réponses, ce qui suggérait « des facteurs de non collaboration et un manque d'effort significatif à l'origine des incohérences décrites ». Cela étant, les experts du Centre C. _____ ont conclu à l'absence d'incapacité de travail, soulignant néanmoins qu'il était difficile de construire une explication cohérente et unificatrice permettant de comprendre les dysfonctionnements constatés. Le 11 mai 2012, à la demande de l'OAI, les experts du Centre C. _____ ont précisé que, compte tenu des aspects très flous concernant l'anamnèse personnelle, il n'était pas possible de se déterminer avec suffisamment de fiabilité quant à l'exploration de la personnalité de l'assurée. Ils ont également souligné que l'examen neuropsychologique montrait un défaut d'effort manifeste qui ne permettait pas d'affirmer un diagnostic de simulation, mais qui pouvait être partiellement ou complètement conscient. Enfin, ils ont relevé que c'était avant tout l'intensité de la symptomatologie qui ne justifiait pas d'incapacité de travail. A la suite d'un projet de décision de l'OAI du 15 juin 2012 dans le sens d'un refus de prestations faute d'atteinte invalidante, l'assurée a formé opposition le 20 août 2012 et produit en particulier les pièces suivantes : - un rapport du 23 juillet 2008 du Dr H. _____, spécialiste en neurologie, aux termes duquel ce médecin diagnostiquait un status post accident de la voie publique avec impact latéral droit en 2005 et un syndrome douloureux complexe semblable à un syndrome post distorsion cervicale, étant précisé que la patiente avait subi un accident de voiture avec un impact dorso-latéral à droite et que, même si le mécanisme n'était pas vraiment celui d'un coup du lapin, les symptômes présentés seulement un mois après l'accident – soit une symptomatologie complexe (avec un syndrome céphalalgique gauche, des vertiges, des troubles visuels et un acouphène) qui s'était progressivement étendue sur tout le corps mais qui restait difficile à attribuer à des structures anatomopathologiques – ressemblaient à ceux présentés par des patients avec un traumatisme whiplash ou distorsion cervicale ; - un rapport d'IRM cervicale du 23 juin 2009 rédigé par le Dr B. _____, radiologue, faisant notamment état d'un déplacement de la partie supérieure de la dent de C2 d'origine vraisemblablement constitutionnelle, apparemment déjà connu et investigué par l'IRM fonctionnelle réalisée à [...] ; - deux écrits des 9 et 16 mai 2011 adressés respectivement à l'assurée et à la Caisse de pension de l'Etat de Vaud par le Dr G. _____, écrits aux termes desquels ce dernier médecin se prononçait dans le sens d'une invalidité totale à l'instar du Dr E. _____ ; - un rapport de CT-scan thoracique du 10 mai 2012 du Dr Y. _____, radiologue, mentionnant un remaniement post-fracturaire au niveau de la sixième côte gauche dans sa portion latérale postérieure compatible avec une pseudarthrose, une réaction pleurale de voisinage relativement significative, ainsi que de discrètes bulles d'emphysème apicales au niveau du parenchyme pulmonaire avec mise en évidence de trois nodules. Par décision du 23 janvier 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision susmentionné. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal l'a admis en date du 17 juin 2014 (AI 52/13 – 143/2014), annulant la décision de l'OAI du 23 janvier 2013 et renvoyant la cause à cet office pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. Relevant que le dossier était lacunaire sur les plans orthopédique, neurologique, psychique et neuropsychologique

(consid. 6), la juridiction cantonale a considéré qu'il incombait à l'OAI de procéder aux mesures d'instruction utiles auprès des différents spécialistes ayant examiné l'intéressée depuis 2005 puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire en vue de définir les troubles de l'intéressée et leur impact éventuel sur sa capacité de travail (consid. 7b). B. L'OAI a conséquemment repris l'instruction de l'affaire et interpellé la Dre L._____. A teneur d'un rapport du 30 avril 2015, cette dernière a posé le diagnostic incapacitant d'accident de voiture en 2005 avec impact latéral à droite et syndrome douloureux complexe suite à une distorsion cervicale. Elle a notamment signalé une lente aggravation de la symptomatologie depuis 2005, avec une chute en 2009 ayant péjoré les symptômes et la découverte en 2012 d'une pseudarthrose post-fracture de la sixième côte gauche et d'une ancienne fracture de la tubérosité de l'épaule gauche. Elle a ajouté que les travaux exigibles de la patiente étaient variables de jour en jour, en fonction de la fatigue et des douleurs. En annexe, la Dre L._____ a notamment produit les pièces suivantes : - deux prescriptions de physiothérapie émanant du Dr DD._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, la première en raison d'une dyskinésie des muscles cervico-scapulaire, sterno-cléido-mastoïdien, splénius paucier [sic], angulaire de l'omoplate et rhomboïde (prescription du 22 mars 2011), la seconde pour des cervico-dorsalgies dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles et de défaut de stabilisation du plan musculaire profond (prescription du 4 avril 2012) ; - deux rapports d'imagerie du thorax et de la colonne cervicale, dorsale et lombaire établis par le Dr Y._____ les 7 et 10 mai 2012, observant une bascule du bassin vers la droite avec point de scoliose lombaire bas à convexité gauche, ainsi qu'une irrégularité de l'arc latéral de la sixième côte gauche à intégrer au contexte radio-clinique (« fracture ? ») ; - un rapport établi le 12 juin 2012 par la physiothérapeute EE._____, relevant notamment que l'intéressée signalait des douleurs dans les régions scapulaire et thoracique gauches ; - un rapport d'imagerie de l'épaule gauche du 27 mai 2013, aux termes duquel la Dre FF._____, radiologue, observait une fracture consolidée de l'arc latéral de la cinquième [sic] côte gauche et concluait à une plage d'œdème osseux de la partie antérieure de la tête humérale, centrée par une zone de sclérose curviligne se terminant antérieurement en regard d'une petite empreinte corticale antérieure (la zone de sclérose pouvant correspondre à un ancien traumatisme et l'œdème osseux, en l'absence de traumatisme récent, pouvant être engendré par une algoneurodystrophie) ; - un rapport du 24 janvier 2014 du Dr Y._____ consécutif à des radiographies et à une IRM de l'épaule gauche, mentionnant une fracture consolidée à l'épaule gauche avec persistance d'une irrégularité triangulaire juste avant la petite tubérosité, suspectant une subluxation du tendon du long chef et signalant une irrégularité du labrum dans sa portion antérieure et médiane. Sur mandat de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée au Centre [...] (ci-après : Centre D._____), où l'assurée a été examinée par les Drs P._____, spécialiste en médecine interne générale, F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et A._____, spécialiste en neurologie, avec le concours de la neuropsychologue I._____. Ces experts ont émis les appréciations suivantes : - sous l'angle de la médecine interne (rapport du 6 juillet 2016), le Dr P._____ n'a retenu aucun diagnostic incapacitant et a estimé que la capacité de travail dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée était entière, l'assurée affirmant cependant n'avoir pour l'instant aucun potentiel de réintégration ; - pour le volet neurologique (rapport du 7 juillet 2016), l'expert A._____ a précisé que les symptômes étaient fluctuants mais avaient probablement été très atténués par les traitements de thermocoagulation réalisés. Il a estimé

que l'examen était à considérer comme normal, avec des mouvements de tremblement ou d'oscillation pouvant être d'origine médicamenteuse mais ne correspondant pas à une lésion ou à une souffrance neurologique latéralisée. A l'exception des douleurs décrites par l'expertisée, il n'y avait donc pas de diagnostic neurologique incapacitant. L'expert A. _____ a encore souligné que l'intéressée n'était pas opposée à une activité professionnelle mais qu'elle mettait les conditions à un niveau tellement élevé, voire compliqué, qu'il serait difficile de lui trouver une activité répondant à ses desiderata. Cela étant, il a estimé que l'assurée avait peu de ressources pour réaliser une activité professionnelle même adaptée, dès lors qu'elle ferait probablement en tout temps valoir son problème médical en changeant de symptôme selon les besoins ; - au niveau psychiatrique (rapport du 14 juillet 2016), l'expert V. _____ a relevé que l'entretien pour l'anamnèse s'était avéré un peu particulier, pour ne pas dire difficile, l'assurée refusant de répondre à certaines questions ou donnant des réponses évasives. S'agissant du status psychiatrique, l'expert a indiqué qu'il n'y avait pas de problème particulier de présentation, que la mimique et la psychomotricité exprimaient des dispositions affectives tout à fait normales et que l'intéressée s'était montrée cohérente et adéquate par rapport à la discussion ; le comportement verbal était toutefois relativement évasif avec des pauses, une indécision à répondre, voire un refus verbalisé de donner une information comme par exemple la date de naissance de ses parents (« discrétion »). Il n'y avait en outre pas de réaction d'opposition ou d'indifférence, l'expertisée se montrant relativement coopérante bien que sa confiance fût difficile à saisir et qu'elle restât sur ses gardes défensives. L'expert V. _____ a ajouté que l'assurée n'exprimait pas de trouble de comportement au cours de la vie quotidienne mais quelques difficultés de l'endormissement nécessitant l'utilisation de somnifères et d'anxiolytiques. Elle ne présentait de surcroît pas de réaction antisociale, ni de trouble de la clarté et de l'intégration du champ de la conscience, de l'orientation temporo-spatiale et auto-psychique ou de la mémoire (donnant cependant l'impression d'avoir des difficultés de la mémoire parallèlement au refus de répondre à des questions) ; il n'y avait pas non plus de trouble de l'affectivité, ni de trouble de l'activité synthétique de base – l'assurée décrivant toutefois des troubles de la concentration ou de troubles du système intellectuel. L'expert a par ailleurs signalé une notion d'état dépressif en réactionnel en 2006 selon la Dre K. _____. Il a également relevé qu'actuellement, l'expertisée ne manifestait pas de traits, de caractéristiques et de critères de trouble de la personnalité. Cela étant, le Dr V. _____ n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique avec ou sans incidence sur la capacité de travail, ni d'incapacité de travail du point de vue purement psychiatrique. L'expert a encore souligné que la limitation ne paraissait pas uniforme, la plus touchée semblant être l'activité professionnelle, que la souffrance exprimée prédominait la souffrance apparente et que l'assurée avait les capacités de faire des efforts mais qu'elle ne les utilisait pas toujours dans la bonne direction ; - sur le plan orthopédique (rapport du 10 août 2016), l'expert F. _____ a plus particulièrement exposé ce qui suit : "L'assurée a été victime d'un accident de la circulation en septembre 2005. Elle conduisait une voiture qui a été heurtée par une autre voiture sur son côté postéro-latéral droit. L'impact se situait entre la portière arrière et le bouchon d'essence. Par ce choc, elle a subi un mécanisme de type Whiplash, quelque peu inhabituel, puisque classiquement le Whiplash est dû à un choc subi à l'arrière de la voiture. La symptomatologie ne s'est pas manifestée immédiatement, mais seulement quelques jours après l'accident. Ce sont alors développés des cervicalgies, des vertiges, une vision perturbée, des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire, une faiblesse du membre supérieur gauche, des contractures musculaires, particulièrement de la région

cervicale gauche, de l'épaule gauche et de la région postérieure du tronc gauche. [...]

Concernant l'imagerie, je retiens que les radiographies de la colonne cervicale, en particulier celles du 10.05.2012, montrent une courbure physiologique et aucun élément pathologique, selon le rapport du Dr Y._____. L'examen le plus important est l'IRM fonctionnelle de la jonction crano-cervicale du 10.04.2008, effectuée au BB._____
Zentrum à [...]. Cet examen montre une ondotoïde légèrement excentrique, avec déviation vers la gauche. Elle montre également une continuité préservée du ligament transverse de l'atlas et des ligaments alaires, selon le rapport de l'institut [...]. Il est noté également une élévation du signal au niveau du ligament alaire gauche, sur environ la moitié de sa surface, et aussi une absence de glissement latéral de C2 par rapport à C1, lors de la rotation vers la gauche. L'interprétation des radiologues [...] est : signe de dyskinésie, ainsi que lésion du ligament alaire gauche de grade 1 à 2, d'après Krakenes. [...] Selon l'anamnèse et l'examen clinique de l'assurée, on note que lorsqu'elle maintient le membre supérieur gauche élevé au maximum pendant un certain temps, apparaissent alors des « tremblements ». Il s'agit de la seule manifestation qui pourrait correspondre à une dyskinésie. Le mécanisme de l'accident a provoqué un mouvement subi de la tête, qui a dû basculer dans un premier temps en un mouvement oblique vers l'arrière (hyper-flexion) et vers la droite (inclinaison droite), puis immédiatement après, vers l'avant (hyper-flexion) et vers la gauche (inclinaison gauche). Ce mouvement d'accélération-décélération correspond à un traumatisme de Whiplash. Ce mécanisme correspond bien à la lésion mise en évidence par l'IRM fonctionnelle de la jonction crano-cervicale du 10.04.2008. En effet, cet examen décrit une élévation de signal au niveau du ligament alaire gauche. Si l'on considère le mécanisme du Whiplash, avec choc venant de la région postéro-droite, la tête est, dans un premier temps, accélérée vers l'arrière, et vers une inclinaison droite. Il met ainsi logiquement le ligament alaire gauche sous tension, avec une lésion plus ou moins importante, selon l'importance du choc. Les radiologues évaluent l'atteinte du ligament alaire gauche à un grade 1 à 2, c'est-à-dire d'importance faible à moyenne. Ils décrivent également que la continuité du ligament transverse et des ligaments alaires est préservée, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de rupture de ces ligaments. [...] Dans le cas de l'assurée, la compréhension actuelle du mécanisme du Whiplash explique la symptomatologie douloureuse présentée par l'assurée au niveau de la colonne cervicale supérieure et inférieure. Et le Pr AA._____ a soulagé l'assurée par thermocoagulation, d'abord au niveau C5-C6 et C6-C7, et plus tard au niveau C2-C3 et C3-C4. Il faut remarquer cependant que la situation chez l'assurée est plus complexe, puisqu'il s'agit d'un choc oblique, avec un impact postéro-latéral droit. Avec ce type de choc, l'assurée ne pouvait pas bénéficier de la fonction protectrice de l'appui-tête. En complément de cet examen, les conclusions des radiographies de la colonne cervicale face, profil, oblique, fonctionnelle de profil, trans-buccale, du 09.06.2009, sont (Dre Z._____) : aspect radiologique compatible avec une lésion ligamentaire intéressant l'articulation atlanto-odontoïde. Pas de signe d'instabilité. Le fait qu'il n'y ait pas d'instabilité est un point important quant au pronostic des séquelles de cette lésion Whiplash. Ceci est confirmé par l'évolution clinique et subjective de l'atteinte à la santé de l'assurée. En effet, depuis plusieurs mois, elle signale une nette amélioration de son état, qui est tel qu'elle est prête à reprendre une activité. Pour terminer, il faut noter que tous les symptômes décrits par l'assurée, y compris les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire, correspondent aux symptômes liés à un Whiplash. [...]

Evaluation en vue de la synthèse pluridisciplinaire : La capacité de travail dans l'activité professionnelle actuelle et dans une activité adaptée avec explications : l'assurée

se dit prête à reprendre une activité professionnelle, correspondant à son ancienne profession, à condition de pouvoir commencer avec un taux faible de 20 à 30%, et d'augmenter ce taux très progressivement. On peut aller dans ce sens, pour autant que l'assurée respecte les paliers suivants : - Premiers six mois : 25%. - Du 7^{ème} au 12^{ème} mois : 50%. - Du 13^{ème} au 18^{ème} mois : 75%. - Et partir du 25^{ème} mois, à 100%." - quant à l'experte neuropsychologue I. _____ (rapport du 17 août 2016), elle a signalé principalement des plaintes algiques fluctuantes sur le plan anamnestique avec, sur question, des difficultés de concentration et une certaine fatigabilité. Elle a par ailleurs conclu à un certain ralentissement dans la vitesse de traitement de l'information, étant précisé que le reste des fonctions cognitives investiguées (langage, traitement des nombres, praxies, gnosies, mémoire et attention) était globalement dans les normes compte tenu de l'âge et du niveau socio-éducatif de l'assurée. L'experte I. _____ a encore souligné qu'un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche des réponses parlait en faveur d'une allocation suffisante des ressources durant l'examen et que, comparativement au bilan neuropsychologique réalisé au Centre C. _____, il y avait une amélioration générale des performances. C'est ainsi que, dans un rapport de synthèse du 14 septembre 2016, les experts du Centre D. _____ ont posé le diagnostic incapacitant de séquelles sous forme de céphalées, vertiges, fatigue, faiblesse du membre supérieur gauche et contractures (entre-autre des trapèzes et de la musculature du dos, particulièrement de la moitié gauche, dans la région postérieure du tronc) sur whiplash datant de septembre 2005. En guise d'atteinte sans impact sur la capacité de travail, ils ont notamment mentionné un status après chute, fin 2009, sur le côté gauche, avec probablement une fracture incomplète ou sans déplacement de la petite tubérosité de l'humérus gauche. Dans le cadre de leur évaluation consensuelle, ils ont en particulier retenu ce qui suit : " EVALUATION SELON LES CRITERES DE LA MEDECINE D'ASSURANCES [...] Le diagnostic avec incidence sur la capacité de travail chez l'assurée est orthopédique. Il s'agit des séquelles du Whiplash que l'assurée a subi en septembre 2005. La symptomatologie qu'elle a présentée, après une latence de quelques jours, correspond aux symptômes classiques dus à un Whiplash. L'anamnèse, l'examen clinique et les examens d'imagerie effectués, montrent qu'il n'y a pas eu de lésion grave de type fracture à la colonne cervicale, ou rupture ligamentaire. La lésion mise en évidence par l'IRM fonctionnelle de la jonction crano-cervicale du 10.04.2008, effectuée au BB. _____ Zentrum à [...], montre une lésion du ligament alaire gauche, sans mise en évidence de rupture. Les radiographies de la colonne cervicale, avec clichés fonctionnels, du 09.06.2009, ne montrent pas d'instabilité au niveau de la colonne cervicale. Ainsi, à terme, le pronostic doit être favorable. Les séquelles actuelles retenues sont des cervicalgies, des contractures de la musculature para-vertébrale cervicale, des trapèzes et de la partie haute postérieure du tronc, surtout à gauche. Elle se plaint également d'un manque de force et de tremblements lors de l'utilisation du membre supérieur gauche, limitant sa fonction. Des céphalées, ainsi que des vertiges sont encore présents. L'évolution de son atteinte à la santé s'est par contre améliorée ces derniers mois, et ce suffisamment pour souhaiter reprendre une activité correspondant à l'activité au dernier poste de travail. Les différentes expertises effectuées ne retiennent aucun diagnostic qui pourrait limiter sa capacité de travail. Profil final d'effort-/de ressources selon le consensus pluridisciplinaire Du point de vue [...] de la médecine interne générale, il n'y a pas de limitations. Il n'y a pas d'atteinte neurologique, mentionnée dans l'expertise du neurologue, qui limiterait la capacité de travail. L'expertise psychiatrique mentionne que l'expertisée a les capacités de faire des efforts, qu'elle n'utilise pas toujours dans la bonne direction. L'expertise

neuropsychologique ne révèle aucun élément qui serait un obstacle à une reprise du travail. L'examen orthopédique a mis en évidence une légère diminution de la force du membre supérieur gauche (l'expertisée est droitère), l'apparition de tremblements lorsqu'un effort est maintenu un certain temps au niveau du membre supérieur gauche. Elle présente encore, dans ses plaintes, des séquelles du Whiplash subi, sous forme de cervicalgies, de contractures du haut du corps surtout, dans sa partie postérieure, ces symptômes pouvant être la manifestation d'une fatigabilité encore augmentée. Ces séquelles ont comme conséquence le fait que l'assurée ne pourrait pas exercer une profession manuelle, même comme serveuse par exemple, qu'elle ne pourrait pas faire de travail avec des mouvements répétitifs, ou comprenant des ports de charges, réguliers et même faibles (3 à 5 kg). Le fait que l'amélioration de l'atteinte à la santé due à l'accident de 2005 soit relativement récente, puisqu'elle ne dure que depuis quelques mois, doit nous rendre prudent, quant au taux immédiatement, actuellement exigible. L'assurée se sent prête à reprendre une activité professionnelle. Elle sent également que le taux de capacité de travail actuel n'excède pas 20 à 30%. Par contre, elle est consciente que ce taux devra être augmenté progressivement. Elle le souhaite d'ailleurs, et espère retrouver son taux de capacité de travail d'avant l'accident de 2005. Le neurologue, dans son expertise, signale que l'assurée a peu de ressources pour réaliser une activité professionnelle, même adaptée. C'est un élément qui va à l'encontre des différentes expertises partielles. Pour cette raison, il serait important de respecter une reprise de l'activité de travail à un faible taux (20 à 30%), et d'augmenter ce taux très progressivement. [...] Evaluation de la capacité de travail dans l'activité actuelle (dernière) selon le consensus pluridisciplinaire La capacité de travail dans l'activité actuelle est, selon les différentes expertises effectuées, de 100%. L'expertise orthopédique insiste sur le fait que cette capacité de 100% n'est pas actuelle et qu'il faut une reprise à faible taux de capacité de travail, avec une augmentation très progressive pour obtenir, en fin de parcours, une capacité de 100%. [...] Evaluation de la capacité de travail dans une activité adaptée selon le consensus pluridisciplinaire. Il a été mis en évidence que l'assurée présente une faiblesse et des tremblements du membre supérieur gauche, survenant lorsqu'il y a effort produit par ce membre. Ce fait limite le choix de l'activité à une activité qui ne nécessite pas d'effort physique des membres supérieurs, plus particulièrement du membre supérieur gauche, et qui ne nécessite pas de mouvements répétitifs. Evolution rétrospective de la capacité de travail dans l'activité dernière selon le consensus pluridisciplinaire. Du point de vue de la médecine interne générale et de la neurologie, l'assurée avait la capacité d'effectuer un travail à 100%. L'expertise orthopédique a démontré que l'assurée présentait une symptomatologie de séquelles de Whiplash qui présentait une véritable invalidité. [...] Evolution rétrospective de la capacité de travail dans une activité adaptée selon le consensus pluridisciplinaire. Même remarque qu'à la question précédente. [...] E. QUESTIONS (la réponse est pluridisciplinaire) I. ATTEINTE A LA SANTE 1. Manifestation et gravité des constats objectifs La symptomatologie due aux séquelles du Whiplash subi en 2005 est encore présente, mais, depuis quelques mois, en nette amélioration, elle ne fait plus obstacle à une reprise du travail. 2. Constatations relatives aux formes que prend l'atteinte à la santé Il est à signaler des céphalées, des vertiges, des cervicalgies, une faiblesse et des tremblements du membre supérieur gauche, survenant surtout lorsque l'assurée a des grosses journées, ce qui signifie qu'il y a une augmentation de la fatigabilité. Cela signifie également que, dans ses activités, professionnelles ou non, il faut tenir compte d'une diminution de force du membre supérieur gauche et des tremblements qui surviennent, lorsqu'un effort est maintenu avec ce membre supérieur

gauche. 3. Distinction entre, d'une part, la diminution des capacités fonctionnelles due à l'atteinte à la santé et, d'autre part, les conséquences (directes) de facteurs non pris en considération par l'assurance (facteurs étrangers à l'invalidité tels que chômage, situation économique difficile, compétences linguistiques déficientes, âge, niveau de formation ou facteurs socioculturels) L'assurée présente actuellement une capacité de travail de 100%. Cependant, du fait de sa personnalité, de l'existence encore d'une symptomatologie séquellaire du Whiplash, et en particulier des cervicalgies, d'une moindre force du membre supérieur gauche, et de tremblements pouvant survenir lors d'efforts du membre supérieur gauche, font que cette pleine capacité de travail devrait être obtenue de façon très progressive. 4. Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur L'expertise neuropsychologique signale qu'un test mnésique, conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche des réponses, parle en faveur d'une allocation suffisante des ressources de l'assurée durant l'examen. Cette expertise montre également une amélioration générale des performances, par rapport au bilan neuropsychologique effectué en juillet 2011 à Centre C._____ [...]. [...] 7. Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assurée et de son évolution Le psychiatre, dans son expertise, signale qu'actuellement l'expertisée ne manifeste pas de traits, de caractéristiques et de critères de trouble de la personnalité, type DSMIV-CIM10. Le psychiatre précise que l'assurée n'a pas de problème particulier de la présentation, de la tenue (vêtements, coiffure, soins corporels, politesse). Elle n'exprime pas de trouble de comportement au cours de la vie quotidienne. Par rapport à l'arrêt de l'activité professionnelle dû à une atteinte à la santé en 2011, l'assurée n'a pas de réaction antisociale. Elle ne manifeste pas de trouble de la clarté et de l'intégration du champ de la conscience, de l'orientation temporo-spatiale et auto-psychique de la mémoire. Elle ne manifeste pas de trouble de l'affectivité. Elle n'exprime pas non plus de trouble de l'activité synthétique de base. En conclusion, il ne reconnaît pas de trouble de la personnalité, ni un autre trouble. 8. Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assurée et sur les ressources personnelles dont il dispose Actuellement, les atteintes à la santé sont l'apparition de cervicalgies, de céphalées, de vertiges, de contractures musculaires, surtout para-vertébrales cervicales, des trapèzes et de la musculature du dos supérieur, et une faiblesse et des tremblements du membre supérieur gauche. Les derniers mois, l'assurée a constaté une nette amélioration de tous ses symptômes. Elle est prête et a la volonté de reprendre une activité professionnelle, en commençant par un faible taux, puis en augmentant progressivement ce pourcentage de capacité de travail. II. CONTEXTE SOCIAL [...] 2. Description détaillée du quotidien et de l'environnement de l'assurée Il ressort des expertises effectuées, en résumé, que tout est faisable, mais prend beaucoup de temps. Et il ressort également que la fatigabilité est importante. Elle reste beaucoup chez elle. Ses loisirs consistent essentiellement en des promenades au bord du lac. Il ressort également qu'elle fait peu de cuisine et que ses repas sont frugaux. 3. Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage Comme signalé, elle fait son ménage, mais ça prend du temps. Elle ne bénéficie pas d'aide extérieure. Sur le plan de l'entraînement au travail, le seul élément objectif est l'échec du stage à [...] en 2010. Il y a donc déjà six ans. 4. Indications détaillées sur les difficultés d'ordre social, par ex. chômage ou autres situations de vie précaires, directement à l'origine de problèmes fonctionnels Il n'y a pas de difficulté d'ordre social. L'assurée vit seule, dans un petit appartement. Elle a quelques amis. Il n'y a pas de situation de vie précaire. 5. Description détaillée des ressources disponibles ou mobilisables (soutien de

l'assurée par son réseau social, aptitude à la communication, motivation, adhésion à la thérapie, etc.) L'assurée va régulièrement en physiothérapie. Elle constate une nette amélioration de son état de santé. Depuis quelques mois, contrairement à ce qui était le cas précédemment, elle se sent motivée pour reprendre une activité professionnelle. III. DIAGNOSTICS [...] 3. Interactions des diagnostics De fait, il n'y a que les séquelles du Whiplash subi en 2005 qui ont eu et qui ont une incidence sur la capacité de travail, en ce sens que l'assurée ne pourra pas reprendre d'emblée une capacité de travail de 100%. 4. Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assurée dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts Il n'y a qu'un diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail. Il n'y a donc pas de problème d'interaction entre plusieurs diagnostics. IV. TRAITEMENT ET READAPTATION 1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage)? Oui, la thérapie suivie jusqu'à présent est conduite dans les règles de l'art. 2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée au cours des thérapies effectuées L'assurée suit régulièrement la physiothérapie. Elle fait également des exercices, individuellement, à la maison. 3. Déclarations fondées sur les options thérapeutiques encore ouvertes, indépendamment de la motivation de l'assurée La poursuite de la physiothérapie, ainsi que la poursuite des exercices effectués régulièrement à la maison, est importante, et d'autant plus importante qu'une reprise du travail doit se faire, et que l'assurée doit consolider l'amélioration de l'endurance et de la force par la physiothérapie et par les exercices effectués quotidiennement à la maison. [...] 4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assurée si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès Si ses propres efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès, la coopération de l'assurée est bonne, puisque ses efforts de réadaptation ont abouti à une amélioration de l'état de santé, permettant d'envisager une reprise du travail maintenant. 5. Les problèmes rencontrés dans la réadaptation dépendent-ils du tableau clinique de l'assurée ? Oui. L'assurée a souffert d'une symptomatologie séquellaire d'un Whiplash, qui a mis de très nombreuses années avant de présenter une amélioration, permettant à l'expertisée d'envisager maintenant une reprise du travail. 6. Dans quelle mesure? L'assurée est actuellement médico-théoriquement à 100% de capacité de travail (voir expertise de médecine interne générale, de neurologie et de psychiatrie). L'expertise orthopédique, cependant, démontre que si le potentiel d'une capacité de travail totale est là, elle ne doit être acquise que très progressivement, en commençant par une capacité de 20 à 30%. [...] V. COHERENCE 1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assurée en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités médicales, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assurée L'atteinte à la santé est la conséquence directe de l'accident de 2005. L'atteinte primaire est donc une atteinte de la colonne cervicale, de type Whiplash, avec toute la symptomatologie qui est classiquement rattachée. Il n'y a donc pas d'atteinte de médecine interne générale, pas d'atteinte neurologique et pas d'atteinte psychiatrique. Seule est donc prise en compte l'atteinte orthopédique, c'est-à-dire les conséquences directes de l'accident survenu au niveau de la colonne cervicale. 2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) La répercussion de cet accident a été sévère, puisqu'elle a été à l'origine d'une incapacité de

travail de 100%, qui dure depuis plusieurs années, à des difficultés à faire le ménage, à un renoncement de jouer du piano, et à un isolement social relatif, puisqu'elle continue quand même à voir quelques amis. [...] VI. CAPACITE DE TRAVAIL 1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici [...] Apte au travail à 100%, cependant, comme déjà décrit, la reprise du travail doit commencer par un taux faible (20 à 30%) et être augmentée très progressivement. 2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée [...] Même remarque que [c]i[-]dessus, en rajoutant que l'activité ne doit pas comporter de ports de charges, ou de mouvements répétitifs. Ces mesures sont exigibles dès que possible." A la requête du Dr M. _____ du SMR, l'OAI a invité les experts du Centre D. _____, par courrier du 30 septembre 2016, à appréhender les troubles incapacitants retenus – s'inscrivant dans le cadre de plaintes sans déficit fonctionnel organique objectivable apparues à distance du whiplash de septembre 2005 – à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles psychosomatiques. Aux termes d'un avis complémentaire du 14 novembre 2016, le Dr T. _____, médecin directeur du Centre D. _____, a souligné que l'assurée avait actuellement retrouvé une confiance en soi qui se traduisait par la volonté de reprendre une activité professionnelle adaptée mais que le souvenir – autant mental que corporel – de l'accident et des troubles ressentis (présents mais non objectivables) contrebalançait cette reprise de confiance et la capacité de l'intéressée à mobiliser ses ressources existantes. Aussi la reprise d'activité était-elle à envisager telle que proposée par l'expert en chirurgie orthopédique. Par avis médical SMR du 6 janvier 2017, le Dr M. _____ a estimé que les éléments résultant de l'expertise du Centre D. _____ et de l'avis complémentaire du Dr T. _____ étaient insuffisants pour pouvoir se positionner et qu'il y avait donc lieu de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Se déterminant à cet égard le 9 juin 2017, l'OAI a estimé qu'avant une telle mesure, il y avait lieu de procéder à une relecture du rapport d'expertise du Centre D. _____ à l'aune des indicateurs standards développés par la jurisprudence topique. C'est ainsi que, par avis médical SMR du 12 juin 2017, le Dr M. _____ a exposé ce qui suit : " L'ensemble des documents médicaux au dossier se rejoi[nt] pour retenir des plaintes somatiques sans substrat organique. L'examen SMR U. _____ de décembre 2010 et les volets psychiatriques des expertises pluridisciplinaires de mars 2012 et septembre 2016 concluent [à] l'absence de maladie psychiatrique. D'un point de vue neurologique d'après l'expertise du 14 septembre 2016, il n'existe aucune atteinte à la santé invalidante. Les céphalées et/ou vertiges dont se plaint notre assurée n'ont été retenu[s] comme incapacitant[s] par aucun des neurologues l'ayant expertisée/examinée. Il n'est pas du domaine de compétence de l'expert orthopédiste (Dr F. _____) de se prononcer sur ces 2 problèmes/symptômes/maladies neurologiques au sens de la CIM-10 (vertiges ; céphalées). Les diagnostics/plain[t]es retenus en page 10 de l'expertise du 14 septembre 2016 sont qualifiés de séquelles d'un whiplash datant de 2005. Il ne s'agit pas de problèmes de santé/maladie au sens d'une classification internationale des maladies. Il n'y a aucune séquelle organique objective. Les troubles identifiés au niveau du membre supérieur gauche ne sont pas de nature à influencer la capacité de travail d'une assurée droitrière dans son activité de conseillère à l'ORP. Le bilan neuropsychologique a objectivé des résultats globalement dans les normes [...]. Analyse : il n'existe aucune atteinte à la santé au sens d'une classification internationale des maladies de nature à réduire la capacité de travail de l'assurée. Le Dr F. _____, orthopédiste, a pris en compte les plaintes de l'assurée, qui ne sont pas les conséquences d'une atteinte à la santé au sens strict de la LAI, puisqu'il n'y a ni maladie psychiatrique, ni maladie somatique. Le Dr F. _____ préconise une reprise

progressive en commençant par un taux de 20 à 30% allant [en] augmentant. Il existe donc une capacité résiduelle de travail. Il convient donc d'analyser la situation à l'aune des indicateurs standards conformément à l'arrêt du TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015. [...] [...], l'expert psychiatre qui ne retient aucun diagnostic psychiatrique estime que « l'expertisée a les capacités de faire des efforts, qu'elle n'utilise pas toujours dans la bonne direction » (page 57). Le contexte social est préservé et il n'y pas de trouble de la personnalité. Les limitations ne sont pas uniformes d'après le psychiatre dans tous les domaines de la vie, «la plus touchée paraît l'activité professionnelle» (page 56). L'assurée est soutenue par son réseau social, elle est apte à la communication, elle se dit motivé[e] par la reprise d'une activité à temps partiel et elle adhère à la thérapie (physiothérapie). On est en droit d'attendre que l'assurée mobilise l'entier de ses ressources pour surmonter ses plaintes. [...], il convient de conclure à l'absence d'atteinte à la santé et donc [d']empêchements à charge de l'Institution dans l'activité de référence de notre assurée. " Par avis du 29 novembre 2017, un juriste de l'OAI a pris position sur l'expertise du Centre D._____. Il a considéré que seul l'expert en chirurgie orthopédique avait conclu à une diminution de la capacité de travail, mais sans parvenir à le démontrer – les conclusions de l'expert F._____ comme du Dr T._____ quant à la reprise progressive d'une activité reposaient sur une analyse subjective et non sur des éléments objectifs. Il résultait par conséquent de cette expertise (à l'instar de celle du Centre C._____) que la capacité de travail était entière et qu'il n'y avait manifestement pas eu de syndrome douloureux complexe justifiant une incapacité de travail, étant en outre souligné que les experts n'avaient à aucun moment manqué d'éléments pour se prononcer sur le passé. En d'autres termes, quand bien même l'expertise n'était pas probante sous l'angle orthopédique, il en ressortait néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En date du 1^{er} décembre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision annulant et remplaçant celui du 15 juin 2012, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Considérant que la capacité de travail de l'intéressée était entière dans toute activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles (pas de port de charges, pas de mouvements répétitifs), l'office a retenu que l'activité habituelle de l'assurée était adéquate et que cette dernière ne présentait en conséquence aucun préjudice économique, de sorte que le droit aux prestations devait lui être dénié. L'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections à l'encontre de ce projet par écrits des 4 avril et 7 mai 2018. Elle a en particulier invoqué le volet orthopédique de l'expertise du Centre D._____, préconisant une reprise progressive d'activité, et s'est également prévaluée de l'appréciation de l'experte neuropsychologue, concluant à des troubles de la concentration et à une fatigabilité. Elle en a inféré un manque de ressources justifiant une reconversion et induisant le versement d'une rente. L'OAI ayant estimé nécessaire de compléter l'instruction au niveau orthopédique, il a confié le 25 janvier 2019 un mandat d'expertise au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans ce contexte, l'assurée a notamment formulé des questions complémentaires le 11 février 2019, portant sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation et la définition d'une reprise d'activité par paliers. Par rapport d'expertise du 17 mai 2019, l'expert Q._____ a retenu notamment ce qui suit : "DOSSIERS RADIOLOGIQUES 1. Radiographies colonne cervicale face/profil, incidence odontoïde, radiographies fonctionnelles en flexion/extension et IRM colonne cervicale, effectuées le 13.05.2019 : Aucun signe d'instabilité. Discrète diminution de la hauteur de l'espace intersomatique C4-C5. Pas d'autres lésions visibles. 2. IRM Colonne cervicale effectuée le 13 mai 2019 au CID : discrète protrusion discale C3-C4, C4-C5, sans image de hernie. Pas

d'autres lésions visibles. [...] 6. Diagnostics Avec répercussion sur la capacité de travail : 1) Cervicalgies chroniques. 2) Discopathies débutantes C3-C4, C4-C5 (IRM du 13 mai 2019) Sans répercussion sur la capacité de travail : 1) Status après probable contusion osseuse du trochiter humérus gauche (2009). 2) [...] 7. Evaluation médicale et médico-assurantielle 7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assurée y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle. [...] Du point de vue somatique, l'assurée a développé des douleurs à la nuque deux à 3 semaines après un accident de voiture survenu en septembre 2005. Elle a développé non seulement des cervicalgies, mais aussi des vertiges, des troubles de la vision, des douleurs à l'articulation temporo-mandibulaire, une faiblesse du membre supérieur gauche, des contractures musculaires, des douleurs à l'épaule gauche. Une IRM fonctionnelle de la colonne cervicale a montré une altération de signal du ligament alaire gauche et une dyskinésie. Les douleurs se sont exacerbées probablement depuis 2009. Depuis 2016, l'assurée décrit une diminution de l'intensité des douleurs. A l'issue de cet examen, on reste surpris par l'intensité des douleurs décrites par l'assurée ainsi que leur répercussion sociale et personnelle. L'examen clinique est rassurant. Afin d'éclaircir le cas, j'ai demandé de nouvelles radiographies fonctionnelles ainsi qu'une IRM de la colonne cervicale. Ces examens ont montré uniquement aux radiographies standards une discrète image de discopathie C4-C5, sous forme d'une diminution de la hauteur de l'espace intersomatique. L'examen par IRM a montré des discopathies débutantes sous forme de protrusions discales en C3-C4 et C4-C5.

7.2 Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation et discussion des chances de guérison Tous les traitements effectués jusqu'à présent se sont soldés par un échec. Les multiples séances de mésothérapie effectuées par le médecin traitant de l'assurée ne sont pas efficaces. Le stage ORIF de 2010 peut être considéré comme un échec. L'assurée décrit qu'elle n'aime pas faire de la comptabilité. A l'issue de cet examen, on reste étonné devant l'intensité des plaintes douloureuses et leurs répercussions sociales, professionnelles et personnelles devant un examen clinique et un bilan radiologique tout à fait rassurant. A mon avis, des facteurs non somatiques jouent un rôle important dans l'évolution du cas.

7.3 Evaluation de la cohérence et de la plausibilité Comme il a été dit précédemment, à l'issue de cet examen on reste surpris de l'intensité des douleurs décrites par l'assuré[e] devant un examen clinique et radiologique satisfaisant. A mon avis des facteurs non somatiques jouent un rôle dans l'évolution du cas.

7.4 Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés Sur le plan somatique, Mme N. _____ est apte à exercer n'importe quel type d'activité professionnelle. A mon avis, il n'y a pas de limitation fonctionnelle[.]

8 Réponse[s] aux questions du mandant

8.1 Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Je ne peux pas justifier une quelconque incapacité de travail pour des raisons somatiques chez cette patiente. A mon avis sa capacité de travail est complète en tant que conseillère en personnel ORP [ou] psychologue.

8.2 Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assurée Il n'y a pas de limitation fonctionnelle. L'assurée est apte à exercer tout type d'activité professionnelle.

8.3 Mesures médicales et thérapies ayant un impact sur la capacité de travail Sur le plan somatique, aucune.

8.4 Questions spécifiques de l'Office AI se rapportant au cas précis L'état de santé de l'assurée s'est-il modifié par rapport à la situation médicale décrite dans le dossier sur lequel se fondait la décision [...] ? A mon avis, il n'y a pas eu d'évolution ni de changement significatif depuis l'expertise Centre C. _____ de 2012 et l'expertise Centre D. _____ d'[]août 2016. A quand peut-on considérer que remonte la modification de l'état de santé ? La situation est stationnaire depuis de nombreuses années. L'incapacité

de travail de l'assurée dans son activité antérieure et sa capacité de travail dans une activité adaptée ont-elles évolué sous l'effet des modifications mentionnées ? [...] Non, comme il a été dit précédemment, je ne peux pas justifier une quelconque incapacité de travail chez cette assurée. [...] Combien d'heures par semaine, une activité adaptée (telle que décrite ci-dessus) peut-elle raisonnablement être exigée de l'assurée, si celle-ci, selon le rapport d'enquête [sic], vaque simultanément à des travaux habituels dans le ménage ? Sur le plan somatique l'assurée peut exercer toute activité à temps complet. » Par décision du 20 mai 2019, l'OAI a confirmé le projet du 1^{er} décembre 2017, dont il a repris la motivation. Toujours le 20 mai 2019, l'office a transmis à l'assurée une copie du rapport d'expertise susmentionné. C. Agissant par l'entremise de son conseil, N. _____ a recouru le 20 juin 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant principalement à sa réforme et à l'admission de la « demande de rente d'invalidité » déposée le 9 juin 2009, subsidiairement à l'annulation [recte : réforme] de ladite décision et à l'octroi de toute mesure ou prestation légale, en particulier des mesures d'adaptation [sic], et plus subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Préalablement, la recourante a requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Sur le plan formel, elle s'est prévaluée d'une violation de la procédure de préavis, relevant n'avoir pas pu se déterminer sur les mesures d'instruction entreprises entre le projet de décision du 1^{er} décembre 2017 et la décision du 20 mai 2019 ; elle a également invoqué un défaut de motivation de la décision attaquée, estimant que celle-ci n'exposait pas suffisamment les raisons du refus de rente. Sur le fond, la recourante a tout d'abord fait valoir que nonobstant l'instruction complémentaire ordonnée par l'arrêt cantonal du 17 juin 2014, les avis des Drs G. _____ et E. _____ n'avaient pas été recueillis par l'intimé. Elle a de surcroît reproché à l'OAI d'avoir négligé le volet orthopédique de l'expertise du Centre D. _____ au profit de l'expertise orthopédique du Dr Q. _____, lequel n'avait pourtant pas répondu à ses questions ni suivi la structure d'expertise imposée par l'office ; en outre, l'intimé n'avait pas pris en compte la possible influence de facteurs non somatiques évoquée par l'expert Q. _____. La recourante a soutenu, par ailleurs, que son invalidité ne faisait aucun doute compte tenu de la reprise progressive d'activité préconisée par les experts du Centre D. _____, de ses douleurs analysées à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes, des facteurs non somatiques évoqués par l'expert Q. _____, de l'échec du stage à l'Orif, de l'incapacité reconnue par les médecins de l'Etat de Vaud, ainsi que de son incapacité à travailler depuis son accident. Elle a également reproché à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre les mesures de réadaptation appropriées. Par réponse du 22 octobre 2019, l'intimé a conclu au rejet du recours. Concédant qu'il aurait été judicieux de laisser à la partie recourante un délai pour réagir à l'expertise du Dr Q. _____ mais réfutant les griefs soulevés quant à la motivation de la décision attaquée, l'OAI a observé qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu serait de toute manière réparée dans la juridiction de céans. Par ailleurs, l'intimé a relevé que si les avis des Drs G. _____ et E. _____ n'avaient certes pas été recueillis, les experts du Centre D. _____ comme le Dr Q. _____ avaient quoi qu'il en soit estimé avoir suffisamment d'éléments au dossier pour pouvoir se prononcer. L'OAI a également souligné que nonobstant la structure du rapport d'expertise du Dr Q. _____, l'appréciation de ce médecin répondait aux points pertinents sur le plan orthopédique. En outre, si cet expert avait certes évoqué des facteurs non somatiques, il demeurait que l'aspect psychiatrique relevait de l'expertise pluridisciplinaire du Centre D. _____.

Enfin, l'office a relevé que l'expert Q._____ n'avait effectivement pas répondu aux questions complémentaires formulées le 11 février 2019 par l'assurée, mais que ces questions – portant sur la réadaptation et l'évolution par paliers de la capacité de travail – n'apparaissent de toute façon pas pertinentes dans le cas d'espèce. Par réplique du 25 février 2020, la recourante a persisté dans ses motifs et conclusions. Elle a en particulier souligné que la décision attaquée avait été rendue trois jours après le rapport d'expertise du Dr Q._____. Pour l'intéressée, l'office n'avait dès lors pas été en mesure d'instaurer un contrôle de cette expertise auprès du SMR, conformément aux instructions émises à cet égard par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS) – vice dont la recourante a allégué qu'il ne pouvait être réparé devant la juridiction cantonale. Sur le plan de l'instruction, la recourante a demandé à ce que l'avis des Drs G._____ et E._____ soit recueilli par la Cour de céans (sous la forme de dépositions écrites ou d'auditions en qualité de témoins) et a requis la mise en œuvre d'une expertise orthopédique satisfaisant aux impératifs jurisprudentiels en matière de troubles psychosomatiques. Dupliquant le 18 mars 2020, l'intimé a maintenu sa position. L'OAI a notamment précisé que, selon les directives applicables, un contrôle de la qualité de l'expertise sous l'angle de la médecine des assurances pouvait se faire si nécessaire avec le concours du SMR mais sans que l'intervention de ce service ne soit indispensable ; dans ce contexte, il incombait plus particulièrement au SMR de contrôler les expertises pluridisciplinaires et psychiatriques. L'office a également souligné que même si la décision entreprise avait été rendue très rapidement une fois le rapport d'expertise orthopédique reçu, celui-ci n'en avait pas moins été analysé avant la notification de l'acte attaqué. Dans ses déterminations des 6 avril et 29 mai 2020, la recourante a confirmé son argumentaire. Elle a plus spécifiquement argué que toutes les expertises médicales externes – et pas uniquement les expertises pluridisciplinaires ou psychiatriques – devaient faire l'objet d'un contrôle par le SMR. A cela s'ajoutait que l'expertise du Dr Q._____ s'inscrivait dans le contexte de l'expertise pluridisciplinaire du Centre D._____. Par acte du 2 juillet 2020, l'intimé s'est référé à ses précédentes écritures. D. N'ayant pas donné suite aux injonctions de la juge instructrice l'invitant à compléter le formulaire de demande d'assistance judiciaire en y annexant les justificatifs nécessaires (avis des 26 juin, 12 juillet, 13 août et 5 septembre 2019), la recourante s'est finalement vu impartir un délai au 26 septembre 2019 pour verser une avance sur les frais de procédure. Elle s'est acquittée du montant requis le 25 septembre 2019. 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. En l'occurrence, est litigieux le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, suite à la demande de prestations déposée le 31 mars 2009 et à l'arrêt cantonal de renvoi rendu le 17 juin 2014. 3. Sur le plan formel, la recourante invoque une violation de la procédure de préavis, ainsi qu'une violation de son droit d'être entendue sous la forme d'un défaut de motivation de la décision attaquée. a) L'art. 57a LAI prévoit que

l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée (première phrase). L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGa (deuxième phrase). En l'espèce, force est de constater que l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision en date du 1^{er} décembre 2017, sur lequel l'intéressée a eu l'occasion de se déterminer (cf. écritures de l'assurée des 4 avril et 7 mai 2018). Ce faisant, l'office a donc satisfait à la procédure visée par l'art. 57a LAI, quoi qu'en dise la recourante. Sous cet angle, le grief formulé n'est donc pas fondé. A la lecture du mémoire de recours du 21 juin 2019 (p. 15 s.), il apparaît que l'assurée reproche en réalité à l'OAI de ne pas lui avoir donné l'occasion de se déterminer sur certaines mesures d'instruction – soit celles entreprises entre le projet de décision du 1^{er} décembre 2017 et la décision du 20 mai 2019. Un tel grief se rapporte cependant non pas à la procédure spécifique de préavis prévue à l'art. 57a LAI, mais plus généralement à la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu, examinée ci-après (cf. consid. 3b infra).

b) Spécifiquement prévu aux art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) et 42 LPGa, le droit d'être entendu consacre, en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, d'avoir accès au dossier, de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et références citées). Le droit d'être entendu comprend également le droit d'obtenir une décision motivée permettant à son destinataire ou à toutes personnes intéressées de la comprendre et de l'attaquer utilement, ainsi qu'à l'instance de recours d'exercer pleinement son contrôle si nécessaire (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les références citées ; voir également art. 49 al. 3 LPGa). Pour répondre à ces exigences, le juge ou l'administration doivent mentionner, au moins brièvement, les motifs qui les ont guidés et sur lesquels ils ont fondé leur décision. Ils n'ont toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peuvent au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 et les références citées). Le droit d'être entendu est une garantie de nature formelle, dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 142 III 360 consid. 4.1.4 ; 137 I 195 consid. 2.2). Cette violation peut cependant être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Toutefois, une telle réparation doit rester l'exception et n'est admissible, en principe, que dans l'hypothèse d'une atteinte qui n'est pas particulièrement grave aux droits procéduraux de la partie lésée ; cela étant, une réparation de la violation du droit d'être entendu peut également se justifier, même en présence d'un vice grave, lorsque le renvoi constituerait une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et références citées).

aa) En l'espèce, l'unique mesure d'instruction diligentée par l'OAI entre le projet de décision du 1^{er} décembre 2017 et la décision de refus de

prestations du 20 mai 2019 a consisté en la mise en œuvre d'expertise orthopédique auprès du Dr Q._____. A cet égard, il est constant que l'intimé n'a transmis à la recourante le rapport d'expertise y relatif, daté du 17 mai 2019, qu'au moment de procéder à la notification de la décision attaquée – avec pour conséquence que l'intéressée n'a pas pu se déterminer sur ce document avant le prononcé entrepris. Il n'en demeure pas moins que la recourante a eu tout le loisir de s'exprimer sur cette expertise devant la Cour de céans (en particulier dans son mémoire de recours du 20 juin 2019 p. 10 ss et 17 ss), qui jouit d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3 et la référence citée). Sur ce plan, la violation alléguée du droit d'être entendu doit ainsi être considérée comme guérie devant la présente juridiction. En tant que, dans ce contexte, la recourante soutient également avoir été privée de l'opportunité de contester en procédure administrative la manière dont l'expert Q._____ s'est acquitté de son mandat ainsi que l'absence d'interpellation des Drs G._____ et E._____ (cf. mémoire de recours du 20 juin 2019 p. 15), il sera relevé que, par ce biais, l'intéressée critique en réalité le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimé. En ce sens, le grief formel invoqué se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la recourante soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige. bb) Il apparaît par ailleurs que la motivation – certes succincte – de la décision entreprise n'a pas empêché la recourante de faire intelligiblement valoir ses griefs au cours de la présente procédure judiciaire. On rappellera à cet égard que l'assurée s'est vu communiquer une copie du dossier de l'intimé notamment au printemps 2019 (cf. courriers de l'OAI des 5 et 8 avril 2019), ainsi qu'une copie du rapport d'expertise du Dr Q._____ en date du 20 mai 2019. L'intéressée a ainsi eu accès à l'ensemble des pièces fondant la position de l'OAI. Sur cette base, elle a été en mesure de développer une argumentation circonstanciée dans ses écritures adressées à la juridiction cantonale (cf. mémoire de recours du 20 juin 2019, réplique du 25 février 2020, déterminations du 6 avril 2020 et prise de position du 29 mai 2020). Dans ces conditions, on ne voit pas en quoi le droit d'être entendu de la recourante aurait été violé. En tout état de cause, l'intéressée ayant été en mesure de s'exprimer devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer (cf. consid. 3b supra), l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu doit là aussi être écarté. 4. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption

notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 de l'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 dûment 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_453/2017 & 9C_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). c) Selon la jurisprudence, tant les affections psychosomatiques que les affections psychiques et les syndromes de dépendance primaires à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées ; voir également ATF 145 V 215 consid. 5 et 6.2). La preuve d'un tel trouble suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi,

d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). 5 . Il sied de rappeler, en l'occurrence, que la décision de l'OAI du 23 janvier 2013 a été annulée par la Cour de céans le 17 juin 2014 en vue d'un complément d'instruction sur les plans somatique (soit orthopédique et neurologique), psychique et neuropsychologique. Pour ce faire, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre D. _____, suivie d'une expertise orthopédique réalisée par le Dr Q. _____ – expertises sur lesquelles l'intimé s'est fondé pour rendre la décision attaquée dans le cadre du présent litige. a) Sur le plan somatique, il est constant que la recourante a été victime d'un accident de la route en 2005, à la suite duquel elle a développé des cervicalgies associées à des problèmes de vertiges, des difficultés de concentration, une fatigabilité et des troubles du sommeil. Initialement, se basant sur le rapport d'expertise du Centre C. _____ du 2 mars 2012, singulièrement sur l'avis de l'expert neurologue X. _____, l'OAI a conclu à l'absence d'atteinte physique se répercutant sur la capacité de travail. La juridiction cantonale a toutefois constaté, dans le cadre de son arrêt de renvoi du 17 juin 2014, que les atteintes ostéoarticulaires résultant du dossier n'avaient pas été soumises à l'examen d'un spécialiste en chirurgie orthopédique, pas plus que les résultats du CT-scan thoracique réalisé en mai 2012 par le Dr Y. _____, et que l'avis du Dr H. _____ (cf. rapport du 23 juillet 2008) – partagé par la Dre L. _____ (cf. rapport du 22 octobre 2009) – évoquant un syndrome post-distorsion cervicale n'avait pas été intégré à l'analyse neurologique du Centre C. _____ (cf. CASSO AI 52/13 – 143/2014 précité consid. 6a). Il convient donc de déterminer si les mesures d'instruction depuis lors mises en œuvre par l'OAI – singulièrement l'expertise pluridisciplinaire du Centre D. _____ et l'expertise orthopédique du Dr Q. _____ – permettent de combler les lacunes ci-dessus mentionnées. aa) Au niveau de la médecine interne, l'expertise mise en œuvre auprès du Centre D. _____ n'a mis en lumière aucun diagnostic spécifique et la capacité de travail a dès lors été jugée entière (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 10 et 12 s. et volet de médecine interne [du 6 juillet 2016] p. 41). Rien au dossier n'incite à s'écarter de cette évaluation, ce dont la recourante ne disconvient d'ailleurs pas. bb) Sous l'angle neurologique, l'expertise du Centre D. _____ a mis en évidence l'absence d'atteinte à la santé modifiant la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 10 et volet neurologique [du 7 juillet 2016] p. 47), à l'instar de l'expert neurologue X. _____ lors de la précédente expertise réalisée en 2012 (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 15). En particulier, l'expert A. _____ a conclu à un examen neurologique normal, étant précisé que les mouvements de tremblements ou d'oscillations aperçus pouvaient être d'origine médicamenteuse mais ne correspondaient pas à une lésion ou à une souffrance neurologique latéralisée (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet neurologique [du 7 juillet 2016], loc. cit.). Il est vrai que, dans un avis exprimé trois ans après l'accident de 2005, le neurologue H. _____ mentionnait un mécanisme d'accident n'étant « pas vraiment » celui d'un coup du lapin mais signalait des symptômes analogues à ceux des patients victimes de whiplash ou distorsion cervicale, concluant sur cette base à un syndrome douloureux complexe semblable à un syndrome post-distorsion cervicale (cf. rapport du 23 juillet 2008). En d'autres termes, le Dr H. _____ s'est contenté de mettre en relation les symptômes décrits par la patiente – par définition subjectifs – avec un mécanisme jugé analogue à celui d'un whiplash, sans pour autant étayer ce rapprochement sur la base d'éléments concrets. Cette appréciation, somme toute réservée, demandait par conséquent à être confirmée. Il appert à cet égard que l'expert X. _____ n'avait certes pas connaissance de l'avis exprimé par le Dr H. _____ (produit par l'assurée à l'appui de ses

objections du 20 août 2012), de sorte qu'il n'a pu prendre position à son sujet, mais que ce document était en revanche connu des spécialistes du Centre D. _____ (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 3), qui l'ont ainsi intégré à leur analyse. Or, bien qu'ayant également pris en considération les plaintes avancées et le mécanisme d'accident (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet neurologique [du 7 juillet 2016], p. 43 s.), le volet neurologique de l'expertise du Centre D. _____ ne rejoint aucunement l'avis du neurologue H. _____ mais se révèle, au contraire, superposable aux conclusions de l'expert neurologue X. _____ en cela qu'il ne retient aucune distorsion cervicale. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que les avis neurologiques au dossier ne permettent pas de valider l'existence d'une symptomatologie induite par un mécanisme de whiplash. Si en outre la Dre L. _____ a également évoqué une distorsion cervicale, elle s'est essentiellement référée aux symptômes de la patiente (cf. rapport du 22 octobre 2009 ; cf. également rapport du 30 avril 2015) sans autre motivation. Partant, son appréciation n'apparaît pas susceptible de remettre en cause celle, plus approfondie, de l'expert A. _____. On notera, enfin, que les souffrances algodysfonctionnelles évoquées par le Dr DD. _____ (cf. prescription médicale du 4 avril 2012) ou l'hypothèse de séquelles d'algoneurodystrophie mentionnée par la Dre FF. _____ (cf. rapport d'imagerie du 27 mai 2013) n'équivalent pas à un diagnostic en bonne et due forme – a fortiori incapacitant – et ne sauraient, dès lors, suffire à ébranler l'évaluation de l'expert A. _____. Cela étant, il y a donc lieu de suivre l'expertise du Centre D. _____ pour conclure à l'absence de trouble neurologique se répercutant sur la capacité de travail de la recourante. cc)

L'expertise du Centre D. _____ a revanche retenu que l'assurée présentait une atteinte orthopédique influant sur sa capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 11). Plus précisément, le Dr F. _____ a posé le diagnostic incapacitant de séquelles sous forme de cervicalgies, céphalées, vertiges, fatigue, faiblesse du membre supérieur gauche et contractures (entre autres des trapèzes et de la musculature du dos, particulièrement de la moitié gauche de la région postérieure du tronc) sur whiplash datant de septembre 2005. Par contre, il a considéré que les suites de la chute subie en 2009 n'influençaient pas la capacité de travail. Cela étant, il a considéré que la reprise d'une activité professionnelle pouvait intervenir à 25 % sur les six premiers mois, à 50 % du septième au douzième mois, à 75 % du treizième au dix-huitième mois et, enfin, à 100 % à partir du vingt-cinquième mois, cela dans une activité sans port de charges ni mouvements répétitifs (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 pp. 11 et 19 s. et volet orthopédique [du 10 août 2016] p. 34). L'appréciation de l'expert F. _____ peine cependant à convaincre, tant sur le diagnostic retenu que sur l'évaluation de la capacité résiduelle de travail. aaa) Sur le plan diagnostique, on rappellera que l'expert orthopédique du Centre D. _____ avait à se prononcer, aux termes de l'arrêt de renvoi du 17 juin 2014, sur les atteintes ostéoarticulaires de l'assurée et sur les résultats du CT-scan thoracique réalisé en mai 2012 par le Dr Y. _____. A cet égard, le Dr F. _____ a tout au plus relevé que les radiographies de la colonne cervicale – en particulier celles de mai 2012 – montraient une courbure physiologique sans élément pathologique, que le traitement de thermocoagulation réalisé par le Prof. AA. _____ avait soulagé l'assurée et qu'il n'y avait probablement plus de pseudarthrose au niveau thoracique (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet orthopédique [du 10 août 2016], pp. 29 et 32). En revanche, il a estimé que la symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne cervicale pouvait être expliquée par le mécanisme subi lors de l'accident de 2005 (cf. ibid. p. 33) et a plus généralement conclu à des séquelles sur whiplash datant de septembre 2005. Plus précisément, le Dr F. _____

a estimé que l'intéressée avait subi un mécanisme de type whiplash inhabituel en 2005, que ce mécanisme correspondait bien à la lésion du ligament alaire gauche révélée par l'IRM fonctionnelle de la jonction crânio-cervicale du 10 avril 2008 et que tous les symptômes décrits pouvaient être rattachés à un whiplash (cf. ibid. p. 32 à 34). Il faut néanmoins relever que le seul fait d'être heurté par un autre véhicule sur le côté postéro-latéral droit d'une automobile (cf. ibid. p. 32) ne suffit pas pour conclure à des séquelles de whiplash, de telles circonstances n'étant précisément pas caractéristiques d'un mécanisme de type coup du lapin. Pour ce qui est de l'IRM fonctionnelle de la jonction crânio-cervicale réalisée en 2008, on notera en premier lieu que les examens d'imagerie non conventionnelle (telle l'imagerie associant la technique dite de tenseur de diffusion utilisée dans l'IRM fonctionnelle) ne constituent pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale pour établir un rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3). Dans le cas particulier, il faut plus particulièrement souligner que pour le radiologue B._____, la colonne cervicale de l'assurée montrait un déplacement de la partie supérieure de la dent de C2 d'origine vraisemblablement constitutionnelle (cf. rapport d'IRM cervicale du 23 juin 2009) et non pas traumatique. A cela s'ajoute que, dans le cadre de l'expertise réalisée en 2012, le Dr X._____ a estimé que la lésion ligamentaire au niveau de l'articulation atlanto-odontoïdienne mentionnée par la radiologue Z._____ pouvait tout aussi bien être constitutionnelle et que le diagnostic d'atteinte du ligament alaire posé par l'IRM fonctionnelle de 2008 restait incertain (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 15) – appréciation sur laquelle l'expert F._____ ne s'est pas déterminé. On notera de surcroît que si le rapport d'IRM fonctionnelle du 10 avril 2008 évoquait une dyskinésie, reprise par le Dr DD._____ (cf. prescription médicale du 22 mars 2011), l'expert F._____ a en revanche indiqué que seuls certains tremblements du membre supérieur gauche pouvaient correspondre à une dyskinésie (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet orthopédique [du 10 août 2016], p. 33), ce qui n'équivaut pas à l'identification formelle et objective d'une telle atteinte. Au demeurant, l'expert A._____ a quant à lui signalé des tremblements ou oscillations d'origine médicamenteuse (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet neurologique [du 7 juillet 2016], p. 47) et non pas dans le cadre d'une dyskinésie. Enfin, il sied de mentionner que les troubles associés après distorsion cervicale relèvent en principe (également) de la neurologie (cf. Distorsion cervicale et troubles chroniques : point de vue de l'expert neurologue, Dr Giovanni Foletti et Prof. Franco Regli, in Revue médicale suisse, 2006, vol. 2) mais que, dans le cadre son évaluation neurologique, l'expert A._____ n'a à aucun moment mis les symptômes de l'assurée en lien avec une distorsion cervicale, relevant uniquement des plaintes fluctuantes mais qui avaient probablement été très atténuées par les traitements du Prof. AA._____ (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet neurologique [du 7 juillet 2016] p. 44). En l'état, il est donc douteux que l'on puisse s'en tenir à l'évaluation de l'expert F._____ pour conclure à des séquelles d'un mécanisme de whiplash résultant de l'accident subi en 2005. Ce point peut toutefois rester indécis dans le cas particulier. En effet, force est de constater que les plaintes de l'assurée – soit des cervicalgies, faiblesses du membre supérieur gauche, contractures musculaires, céphalées et vertiges – n'ont pas été rattachées à un substrat organique clairement objectivable induit par l'événement du mois de septembre 2005. Or le point de savoir si une atteinte particulière de la colonne cervicale (traumatisme de type "coup du lapin"), qui présente un rapport de causalité adéquate avec un accident mais pas de déficit fonctionnel organique objectivable,

est invalidante, se juge à l'aune de la jurisprudence relative aux troubles douloureux somatoformes persistants et affections psychosomatiques assimilées (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3, renvoyant à l'ATF 130 V 352 et confirmé par l'ATF 139 V 547 consid. 7.1.2) – soit à la lumière du catalogue d'indicateurs définis par la jurisprudence fédérale (ATF 141 V 281 ; voir également TF 9C_600/2019 du 18 août 2020 consid. 3.3), qui seront en tout état de cause examinés dans le cadre du volet psychiatrique analysé ci-après (cf. consid. 5b infra). bbb) Pour le reste, l'appréciation de la capacité de travail développée par le Dr F._____ – et reprise par le Dr T._____ dans son avis complémentaire du 14 novembre 2016 – prête également le flanc à la critique. En effet, bien que validant la thèse d'une pleine capacité de travail, l'expert F._____ a néanmoins insisté sur la nécessité d'une reprise à faible taux avec une augmentation très progressive pour obtenir, en fin de parcours, une capacité de travail de 100 % dans une activité ne requérant pas d'efforts physiques des membres supérieurs ni de mouvements répétitifs (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 12 s. et 19). Il apparaît toutefois que cette évaluation est largement fondée sur le ressenti de l'assurée, celle-ci se déclarant prête à reprendre une activité professionnelle correspondant à son ancienne profession, à condition de pouvoir commencer à un taux de 20 à 30 % puis de l'augmenter progressivement (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet orthopédique [du 10 août 2016], p. 34). En d'autres termes, l'expert F._____ n'a pas démontré en quoi la situation médicale de la recourante serait objectivement incompatible avec l'exercice immédiat et à plein temps d'une activité professionnelle, respectivement en quoi cette situation nécessiterait une phase d'adaptation particulière. Peu importe, à cet égard, que tant l'expert F._____ que le Dr T._____ aient justifié leur appréciation en invoquant la personnalité de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 14 et avis complémentaire du 14 novembre 2016), dès lors qu'aucun trouble n'a en définitive été retenu sur ce plan (cf. consid. 5b infra). Au demeurant, quand bien même le Dr F._____ a indiqué que la recourante se sentait désormais apte à tenter une reprise d'activité à 20 ou 30 % ensuite d'une amélioration récente de son état de santé remontant à quelques mois (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 11 s.), il reste que l'intéressée avait déjà indiqué aux experts du Centre C._____, en 2012, qu'elle pourrait travailler au maximum à 30 % compte tenu de ses problèmes de santé et qu'elle souhaitait une sécurité financière de l'assurance-invalidité pour pouvoir se reconstruire et augmenter progressivement sa capacité de travail jusqu'à un taux de 50 % (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 7). Non seulement ces éléments incitent-ils à relativiser l'évolution positive rapportée en 2016, mais ils démontrent surtout que la reprise d'une activité à faible taux d'occupation ne repose pas sur des facteurs médicaux concrets mais traduit, en définitive, une volonté exprimée par l'assurée depuis 2012. Pour ces raisons, l'évaluation de la capacité résiduelle de travail faite par l'expert F._____ n'apparaît pas satisfaisante. Tout au plus relèvera-t-on encore que le stage effectué en 2010 au Centre Orif n'a pas davantage mis en exergue d'obstacle concret à l'exercice d'une activité, les difficultés montrées par l'assurée ayant simplement amené les intervenants dudit centre à considérer que l'état de santé n'était pas stabilisé – appréciation qui n'équivaut pas à une analyse médicale objective. ccc) Dans ces conditions, l'OAI était fondé à s'écarter de l'appréciation du Dr F._____ quant au volet orthopédique de l'expertise du Centre D._____ (cf. avis juriste du 29 novembre 2017). dd) C'est à la lumière de ces carences que l'OAI a mis en œuvre une nouvelle expertise orthopédique auprès du Dr Q._____, dont la recourante conteste la valeur probante. aaa) L'assurée ayant soulevé des griefs d'ordre formel à l'encontre de l'expertise du Dr Q._____, il

convient par conséquent d'en examiner le bien-fondé avant toute analyse au fond. aaaa) La recourante reproche tout d'abord à l'expert Q._____ de ne pas avoir suivi la structure du questionnaire d'expertise remis par l'OAI (cf. mémoire de recours du 20 juin 2019 pp. 10 et 17). Cette argumentation ne peut toutefois qu'être réfutée. D'une part, force est de constater que la recourante n'a guère étayé sa position sur le sujet. D'autre part, la comparaison entre le mandat d'expertise du 25 janvier 2019 et le rapport d'expertise du 17 mai 2019 montre que l'expert Q._____ a articulé son compte-rendu en respectant les principaux chapitres du questionnaire remis par l'OAI. Quoiqu'en dise l'assurée, l'expert était en revanche libre de structurer à sa guise les réponses aux questions posées, de façon à présenter intelligiblement les éléments pertinents pour la résolution du cas concret – étant souligné que le questionnaire de l'intimé est, quant à lui, établi de manière générique afin de pouvoir être adressé sans distinction dans le cadre des différents mandats d'expertise. Au reste, on rappellera que l'élément principal, pour juger de la valeur probante d'une appréciation médicale, n'est pas sa dénomination – pas plus que sa structure – mais bien son contenu (cf. consid. 4b supra). Or la recourante ne soutient ni ne démontre que la structure adoptée dans le rapport d'expertise du Dr Q._____ aurait conduit ce dernier médecin à négliger des éléments déterminants pour la résolution du cas. Sous cet angle, la position de l'assurée ne peut donc être suivie. bbbb) La recourante allègue en outre que l'expert Q._____ n'a pas répondu aux questions formulées par son conseil le 11 février 2019 (cf. mémoire de recours du 20 juin 2019 pp. 11 et 17). Il n'apparaît certes pas que l'expert ait expressément répondu à ces questions. Toutefois, ce point importe peu dans la mesure où les questions concernées visaient la réadaptation et la mise en place d'une reprise d'activité par paliers – soit des problématiques dépourvues de pertinence dans le cadre de l'appréciation médicale du Dr Q._____, reconnaissant une entière capacité de travail à l'assurée. cccc) La recourante soutient par ailleurs que, vu le laps de temps écoulé entre la reddition du rapport d'expertise du Dr Q._____ du 17 mai 2019 et le prononcé de la décision entreprise du 20 mai 2019, l'OAI n'a pas été en mesure de procéder à un contrôle de l'appréciation de l'expert à l'aune des exigences posées par l'OFAS. La Circulaire de l'OFAS sur la procédure dans l'assurance-invalidité (CPAI) prévoit que, dans les vingt jours suivant la réception d'une expertise, l'office AI contrôle avec le concours du SMR la qualité de l'expertise sous l'angle de la médecine des assurances (étant précisé que le SMR doit contrôler toutes les expertises pluridisciplinaires et psychiatriques) – s'agissant notamment du respect des directives spécifiques des sociétés de discipline médicale concernant les expertises médico-assurantielles, de la vérification que les indications médicales et les explications sur les thèmes des indicateurs standards soient suffisantes, de l'évaluation de la clarté de l'expertise suivant la chaîne d'argumentation médico-assurantielle et du contrôle du respect du principe de neutralité de l'expertise (ch. 2080 CPAI). Dans le cas particulier, la recourante estime que l'OAI est passé outre un tel contrôle auprès du SMR puisqu'il a statué trois jours après le rapport d'expertise du Dr Q._____ (cf. réplique du 25 février 2020 p. 1 s. ; cf. également déterminations des 6 avril 2020 p. 1 s. et du 29 mai 2020). Outre que les directives administratives de l'OFAS – qui ne créent pas de nouvelles règles de droit – n'ont d'effet qu'à l'égard de l'administration (ATF 145 V 84 consid. 6.1.1 et les références citées) et ne lient pas le juge des assurances (ATF 139 V 457 consid. 4.2 ; TF 9C_460/2018 du 21 janvier 2020 consid. 6.1), il résulte par ailleurs d'une lecture attentive du ch. 2080 CPAI que le contrôle du SMR n'est systématiquement requis que pour les expertises pluridisciplinaires ou psychiatriques. A contrario, tel n'est pas le cas pour une expertise somatique, en particulier lorsque l'office concerné estime que sa lecture ne révèle aucune

incohérence notable. Or c'est à l'évidence le raisonnement qu'a suivi l'OAI dans le cas particulier, raisonnement qui n'apparaît en soi pas critiquable d'un point de vue formel. C'est par ailleurs le lieu de souligner que, contrairement à ce que prétend la recourante, l'expertise du Dr Q. _____ ne peut pas être rattachée au mandat pluridisciplinaire confié au Centre D. _____ mais constitue bel et bien une expertise monodisciplinaire, l'expert Q. _____ ayant eu à se prononcer seul et sans consensus avec d'autres spécialistes sur le cas de l'assurée. Là encore, l'argumentaire de la recourante tombe donc à faux. dddd) Compte tenu de ce qui précède, on ne peut donc qu'écarter les griefs formels invoqués par la recourante à l'encontre de l'expertise du Dr Q. _____. bbb) Aux termes de son rapport d'expertise du 17 mai 2019, le Dr Q. _____ a posé les diagnostics incapacitants de cervicalgies chroniques et de discopathies débutantes en C3-C4 et C4-C5 selon une IRM du 13 mai 2019. Pour autant, l'expert a souligné que l'on restait surpris par l'intensité des plaintes douloureuses et leurs répercussions sociales, personnelles et professionnelles devant un examen clinique et un bilan radiologique tout à fait rassurants ; à cet égard, il a estimé que des facteurs non somatiques jouaient un rôle important dans l'évolution du cas. Cela étant, l'expert Q. _____ a considéré que l'assurée – dont l'état n'avait pas connu d'évolution depuis l'expertise du Centre C. _____ de 2012 et celle du Centre D. _____ de 2016 – était apte à exercer n'importe quel type d'activité professionnelle et qu'elle ne présentait pas de limitations fonctionnelles (cf. rapport d'expertise du 17 mai 2019 p. 10 ss). S'il apparaît certes que l'expert Q. _____ a posé des diagnostics orthopédiques qualifiés d'incapacitants, il n'a finalement retenu aucune diminution de la capacité de travail ou limitation fonctionnelle chez la recourante. Or, rien n'incite à s'écarter de cette appréciation. En particulier, quand bien même le Dr G. _____ (cf. rapport du 14 mars 2011) et la Dre L. _____ (cf. rapport du 16 mars 2011) avaient initialement évoqué une atteinte ostéoarticulaire, respectivement cervicale que les experts du Centre C. _____ n'avait que superficiellement examinée (cf. CASSO AI 52/13 – 143/2014 précité consid. 6a), il reste que l'expert Q. _____ a procédé à une analyse méticuleuse sous l'angle orthopédique, tenant notamment compte des investigations radiologiques effectuées jusqu'alors et faisant par ailleurs réaliser de nouveaux examens d'imagerie, et n'a objectivé sur ce plan aucune atteinte spécifique à la santé susceptible d'avoir un impact sur la capacité de travail de l'assurée. On notera, de surcroît, que dans son rapport du 30 avril 2015, la Dre L. _____ n'a pas davantage évoqué de problématique ostéoarticulaire incapacitante, décrivant tout au plus une anamnèse marquée par une chute en 2009 et la découverte en 2012 de séquelles d'anciennes fractures de la sixième côte gauche et de la tubérosité de l'épaule gauche (cf. rapport du 30 avril 2015 p. 1) – éléments résultant également des examens d'imagerie au dossier (cf. rapports du Dr Y. _____ de 7 et 10 mai 2012 et du 24 janvier 2014 ; cf. rapport de la Dre FF. _____ du

E. 27

mai 2013) et ayant manifestement justifié des séances de physiothérapie (cf. compte-rendu de la physiothérapeute EE. _____ du 12 juin 2012), mais qui n'ont de toute évidence pas engendré de conséquences significatives ou durables dès lors qu'aucun avis médical n'a sur cette base conclu à une incapacité de travail. La Cour de céans ne décèle, par conséquent, aucune raison pertinente de s'écarter des conclusions de l'expert Q. _____, en tant que celles-ci reposent sur un examen exhaustif du cas, sont dûment motivées et s'avèrent exemptes de contradictions. Sous l'angle orthopédique, l'évaluation de ce spécialiste doit donc se voir reconnaître valeur probante et l'emporter sur l'appréciation sujette à caution du Dr F. _____. Quant à la présence de facteurs non somatiques évoquée par l'expert

Q. _____, elle relève de la procédure probatoire instaurée par le Tribunal fédéral s'agissant, notamment, de troubles psychosomatiques et sera dès lors examinée ci-après (cf. consid. 5b infra). b) Pour ce qui est de l'aspect psychique, on rappellera que le Dr U. _____ n'a retenu aucun diagnostic du registre psychiatrique chez l'assurée (cf. rapport d'examen clinique du 17 janvier 2011 p. 3). Aucune atteinte de cet ordre n'a par ailleurs été considérée comme invalidante par les experts du Centre C. _____, le Dr S. _____ ayant uniquement retenu des diagnostics non incapacitants sous forme de troubles sans substrat somatique clairement objectivables et de trouble de l'humeur léger persistant (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 17). Dans son arrêt du 17 juin 2014, la Cour de céans a toutefois retenu que l'appréciation du Dr U. _____ s'avérait trop succincte pour être probante et que celle des experts du Centre C. _____ s'avérait incomplète, ces derniers ayant fait état d'une anamnèse trop floue mais ayant d'une part renoncé à obtenir de plus amples informations auprès des intervenants qui avaient évoqué des problèmes d'ordre psychique, tout en faisant d'autre part l'impasse sur la réalisation de tests psychologiques (cf. CASSO AI 52/13 – 143/2014 précité consid. 6b). Il convient dès lors de déterminer si l'expertise du Centre D. _____ permet désormais de se prononcer à satisfaction de droit. A cet égard, l'expert psychiatre V. _____ n'a retenu aucun diagnostic ayant ou non une incidence sur la capacité de travail (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 10 et volet psychiatrique du 14 juillet 2016 p. 54 s.), rappelant tout au plus la notion d'état dépressif évoquée par la Dre K. _____ et celle de trouble de l'humeur léger mentionnée dans l'expertise du Centre C. _____ (cf. *ibid.*, loc. cit.). Certes, cette appréciation n'a pas été précédée d'investigations particulières, en particulier auprès du Dr R. _____ intervenu en 2007, ou de tests psychologiques. Peu importe toutefois à ce stade. aa) D'une part, quand bien même l'expert psychiatre a observé une certaine discrétion de la part de l'assurée dans l'évocation de son anamnèse personnelle (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet psychiatrique [du 14 juillet 2016], p. 52), voire une certaine difficulté à obtenir les éléments utiles (cf. *ibid.* p. 53), aucun obstacle dirimant n'a pour autant été répertorié dans la récolte des éléments nécessaires à l'analyse conformément aux directives en la matière (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 15), contrairement à ce qui avait été le cas en 2012 (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 15 s.). bb) D'autre part, même en l'absence d'un diagnostic posé *lege artis*, l'analyse des ressources de l'assurée – tant sous l'angle strictement psychique qu'au niveau psychosomatique s'agissant plus particulièrement de l'allégation de douleurs sans déficit fonctionnel organique objectivable – va à l'encontre d'une quelconque diminution de la capacité de travail. En particulier, l'expertise du Centre D. _____ ne décrit pas d'atteinte ou de symptôme se manifestant de manière particulièrement intense, les médecins ayant à cet égard considéré que les plaintes de l'intéressée ne faisaient en définitive pas obstacle à une reprise d'emploi (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 14). Ils ont de surcroît relevé une bonne coopération de la part de l'assurée sur le plan de la thérapie et de la réadaptation (cf. *ibid.* p. 17 s.) et n'ont mentionné aucune interaction particulière entre les diagnostics (cf. *ibid.* p. 16). Quant à l'examen de la personnalité de l'assurée, il a été détaillé sans mettre en évidence d'éléments pathologiques susceptibles d'amoin-drir les ressources de l'intéressée (cf. *ibid.* p. 15). S'agissant par ailleurs du contexte social, les experts ont observé que tout était faisable mais prenait beaucoup de temps et qu'il n'y avait pour le surplus pas de difficulté d'ordre social, la recourante vivant seule et côtoyant quelques amis (cf. *ibid.* p. 15 s.). L'expert V. _____ a par ailleurs signalé que les limitations n'étaient pas uniformes, dans la mesure où la plus touchée paraissait être

l'activité professionnelle, et que la souffrance exprimée prédominait la souffrance apparente (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet psychiatrique [du 14 juillet 2016], p. 56) – observations qui dénotent un manque de cohérence de la part de la recourante et qui ne vont pas sans rappeler les propos de l'expert Q. _____ soulignant l'écart entre l'intensité des douleurs décrites et le caractère rassurant de l'examen tant clinique que radiologique (cf. rapport d'expertise du 17 mai 2017 p. 12). Quant au constat de l'expert V. _____ selon lequel l'assurée avait les capacités de faire des efforts mais ne les utilisait pas toujours dans la bonne direction (cf. ibid. p. 57), il est lui aussi révélateur d'un manque de cohérence, voire d'un manque de volonté. A cela s'ajoute que si l'expert A. _____ a certes signalé que l'intéressée avait peu de ressources pour réaliser une activité professionnelle même adaptée, il a toutefois justifié ce constat en exposant que la recourante ferait en tout temps valoir son problème médical en changeant les symptômes selon les besoins, étant souligné qu'elle mettait les conditions d'une reprise à un niveau tellement élevé (voire compliqué) qu'il serait difficile de lui trouver une activité répondant à ses desiderata (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet neurologique [du 7 juillet 2016], p. 48) – attitude qui, en l'absence d'affection médicale avérée, dénote au final la volonté de ne pas utiliser les ressources disponibles aux fins de réintégrer le marché du travail, ce qui va clairement à l'encontre de l'obligation de diminuer le dommage prévalant dans le domaine de l'assurance-invalidité (ATF 138 I 205 consid. 3.2). Au surplus, on notera encore que l'assurée a affirmé à l'expert P. _____ n'avoir aucun potentiel de réintégration (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet de médecine interne [du 6 juillet 2016], p. 40.), mais qu'elle a en revanche indiqué à l'expert A. _____ ne pas dire non à un processus de réadaptation (cf. rapport du 14 septembre 2016, volet neurologique [du 7 juillet 2016], p. 46) puis qu'elle a affirmé à l'expert F. _____ être prête à reprendre une activité mais de manière progressive (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet orthopédique [du 10 août 2016], p. 34), avant de déclarer à l'experte I. _____ souhaiter « reprendre quelque chose, se remettre à niveau » (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016, volet neuropsychologique [du 17 août 2016], p. 60) – l'inconstance de ces déclarations incitant à s'interroger sur les réelles dispositions de l'assurée en termes de reprise d'activité. Dans ces conditions, à la lumière de la procédure probatoire structurée instaurée par la jurisprudence fédérale, force est d'admettre que les indicateurs du degré de gravité fonctionnel sont essentiellement absents dans le cas particulier et que les indicateurs relatifs à la cohérence des troubles montrent, quant à eux, un manque d'uniformité. Il découle de ce constat que la recourante dispose, en définitive, des ressources nécessaires sur les plans psychique et psychosomatique pour mettre à profit son entière capacité de travail, ainsi que l'avait déjà retenu le Dr M. _____ (cf. avis médical SMR du 12 juin 2017). c) Enfin, il est constant que dans son arrêt du 17 juin 2014, la Cour de céans avait retenu que les lacunes observées sur le plan psychique ne permettaient pas de se déterminer sur le plan neuropsychologique, singulièrement d'exclure une éventuelle pathologie pouvant justifier le manque d'implication de la recourante dans le cadre des examens réalisés (cf. CASSO AI 52/13 – 143/2014 précité consid. 6c). Tel n'est plus le cas désormais, le volet psychiatrique de l'expertise du Centre D. _____ permettant de nier l'existence d'une quelconque atteinte psychique chez la recourante (cf. consid. 5b supra). Cela étant, il appert que la neuropsychologue I. _____ du Centre D. _____ a fait état d'un certain ralentissement dans la vitesse de traitement de l'information, mais a observé que le reste des fonctions cognitives investiguées se situait globalement dans les normes et qu'il y avait une amélioration générale des performances depuis le bilan réalisé par le Centre C. _____.

L'experte a pour le surplus signalé qu'un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche des réponses parlait en faveur d'une allocation suffisante des ressources de l'assurée durant l'examen (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 10 et volet neuropsychologique [du 17 août 2016] p. 63). Sur cette base, il a été retenu que l'expertise neuropsychologique ne révélait aucun élément faisant obstacle à une reprise du travail (cf. ibid. p. 11), constat qui n'est remis en question par aucun élément au dossier et dont la Cour de céans ne voit donc aucune raison de s'écarter. On notera, au demeurant, qu'une appréciation analogue avait déjà été émise par la neuropsychologue J. _____ du Centre C. _____ (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 16). Par surabondance, on notera encore que contrairement à ce que soutient la recourante (cf. déterminations du 4 avril 2018 p. 1), la neuropsychologue I. _____ n'a aucunement posé les diagnostics de troubles de la concentration et de fatigabilité, l'experte s'étant contentée de relever anamnestiquement des plaintes algiques avec, sur question, des difficultés de concentration et une certaine fatigabilité (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 10 et volet neuropsychologique [du 17 août 2016] p. 63) – plaintes, du reste, également répertoriées par l'expert V. _____ (cf. rapport d'expertise du 14 septembre, volet psychiatrique [du 14 juillet 2016] p. 54). Or la verbalisation de plaintes dans un contexte anamnestique, et qui plus est sur question d'un expert, ne saurait correspondre à un diagnostic médical posé en bonne et due forme. d) En conclusion, il découle de ce qui précède que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé – somatique, psychosomatique ou psychique – susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail. Sa capacité de gain est dès lors entière et son préjudice économique nul, de sorte qu'elle ne saurait prétendre à des prestations d'assurance. Partant, la décision attaquée ne peut qu'être confirmée. Tout au plus relèvera-t-on que les limitations fonctionnelles mentionnées dans la décision de l'OAI du 20 mai 2019 (pas de port de charges, pas de mouvements répétitifs) sont celles décrites par l'expert F. _____ en lien avec des séquelles de whiplash (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2016 p. 11). Or l'analyse du dossier montre que ce diagnostic (ou tout du moins sa nature incapacitante) ne peut être admis (cf. consid. 5a et 5b supra). Ce point ne modifiant toutefois en rien le dispositif de la décision attaquée, il n'y a toutefois pas lieu de le développer plus avant. e) Il apparaît en définitive que les lacunes observées dans le cadre de la précédente procédure judiciaire ont été comblées au moyen des expertises mises en œuvre par l'intimé auprès du Centre D. _____ et du Dr Q. _____, l'OAI ayant de ce fait pu passer outre l'interpellation des différents spécialistes ayant examiné la recourante depuis 2005 (cf. CASSO AI 52/13 – 143/2014 précité consid. 7b), dont le Dr G. _____ ou les médecins de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud (cf. mémoire de recours du 20 juin 2019 p. 17), sans que cela ne nuise à l'examen de la cause. On notera en particulier que c'est une problématique essentiellement psychique qui avait été signalée aux médecins de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud (cf. rapport de la Dre K. _____ du 9 octobre 2017) et que le Dr G. _____ avait quant à lui souligné les troubles ostéoarticulaires de la recourante (cf. rapport du 14 mars 2011) – soit deux aspects qui ont été dûment investigués par les experts du Centre D. _____ et le Dr Q. _____ et qui n'ont conduit à la reconnaissance d'aucun trouble incapacitant. Partant, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en quoi d'autres mesures d'instruction (audition, respectivement déposition écrite des Drs G. _____ et E. _____ et mise en œuvre d'une expertise orthopédique [cf. réplique du 25 février 2020 p. 4 s.]), seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid.

6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, la recourante a certes requis le bénéfice de l'assistance judiciaire. Interpellée aux fins de fournir des renseignements complémentaires sur sa situation financière, elle n'a toutefois pas obtempéré et a finalement versé l'avance de frais requise par ordonnance du 5 septembre 2019. On peut dès lors retenir qu'elle a ainsi renoncé à sa demande d'assistance judiciaire ou, à tout le moins, que celle-ci peut être rejetée faute d'éléments permettant de statuer sur ce point. Par conséquent, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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