

VD_GERICHTE ZD19.028001 vom 16. November 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-11-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.028001

FR: VD_GERICHTE ZD19.028001 du 16 novembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZD19.028001 del 16 novembre 2020

Erwägungen

E. 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.

E. 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.

E. 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.

- 35 - 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

- 36 - 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

- 37 - 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).

E. 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.

E. 4

Prise en compte des motifs d'exclusion tels qu'une exagération des symptômes ou d'autres phénomènes similaires et de leur ampleur

- 16 - 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. _____ [...]. [...]

E. 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.

E. 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.

E. 7.2

Evaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation et discussion des chances de guérison

- 24 - 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.

E. 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.

E. 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[.]

E. 8

Réponse[s] aux questions du mandant

E. 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.

E. 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.

E. 8.3

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

E. 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 ? [...]

- 25 - 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 1er 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 1er 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

- 26 - 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. Concédaient 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'apparaissaient 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

- 27 - 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

- 28 - 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

- 29 - 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 1er 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 1er 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

- 30 - 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 1er 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

- 31 - 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 1er 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

- 32 - 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

- 33 - 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

- 34 - les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid.

E. 11

et 19 s. et volet orthopédique [du 10 août 2016] p. 34).

- 38 - 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

- 39 - 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).

- 40 - 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 – prêle 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.

E. 12

s. et 19). Il apparaît toutefois que cette évaluation est largement fondée sur le ressenti de l'assurée, celle-ci se déclarant prêle à reprendre une activité professionnelle correspondant à son ancienne profession, à

- 41 - 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

E. 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.

- 42 - 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

- 43 - 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

E. 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

- 51 - 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.

- 52 - 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.