

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 8 novembre 2010

---

Présidence de M. ABRECHT  
Juges : MM. Schmutz et Bidiville, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à Essertines-sur-Yverdon, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont, avocate à Lausanne,

et

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

---

**Art. 4 al. 1 et 28 al. 2 LAI; 7, 8 al. 1 et 16 LPGA**

**E n f a i t :**

**A. a)** R. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née le 31 août 1976 au Portugal, divorcée, est arrivée en Suisse en janvier 1986 et est aujourd'hui au bénéfice d'un permis C. Elle a exercé différentes activités professionnelles en Suisse, en dernier lieu la profession d'agent de surveillance pour le compte de la société K. \_\_\_\_\_, qui l'a employée du 1<sup>er</sup> novembre 2006 au 31 juillet 2007 (dernier jour de travail effectif: 30 avril 2007) pour un salaire annuel brut de 57'200 fr.

**b)** Le 30 avril 2007, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation routière. Elle avait pris place sur le siège passager d'une automobile conduite par un tiers quand ce véhicule a été heurté par l'arrière alors qu'elle-même était penchée en avant pour prendre son téléphone portable dans son sac. A la suite de cet événement, l'assurée a immédiatement présenté le tableau clinique typique d'une distorsion cervicale. S'étant rendue au travail le lendemain de l'accident, elle a dû quitter son poste en raison de l'aggravation des douleurs.

**c)** Dans un rapport médical du 5 novembre 2007 adressé au médecin-conseil de l'assureur accident SWICA Assurances SA, le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a décrit une limitation de la flexion extension cervicale avec une distance menton-sternum de 1/18 cm, des rotations droite-gauche limitées à 70° et 65° et des inclinaisons latérales limitées à 45°; l'examen neurologique était dans la norme, mais il existait des dysesthésies sous forme de fourmillement de l'ensemble des doigts, ainsi que des cervicalgies. Selon ce praticien, les symptômes algofonctionnels étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 avril 2007, l'état de santé préexistant ne comportant aucun symptôme ni pathologie particulière. Le traitement mis en place permettait une lente amélioration progressive de l'état de santé, mais le pronostic était réservé. Le pronostic était également réservé quant à l'évolution de la capacité de travail, qui était encore nulle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: "maintien des positions statiques prolongées assise

moins d'une heure, debout moins de 30 minutes, marche limitée à un temps de 30 à 45 minutes au-delà duquel une sensation d'asthénie est ressentie nécessitant l'arrêt de la marche. Effort pour porter soulever ou déplacer des charges: limitée à des poids légers, de moins de 5 kg, non répétitif. Travaux en élévation des membres supérieurs, en hauteur et en déséquilibre. Efforts contraignants pour les membres supérieurs, la colonne cervico-dorsale. Les travaux contraignants ne sont pas exigibles."

Le 25 janvier 2008, l'assurée, qui n'avait pas repris le travail depuis son accident, a déposé une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI).

**d)** Dans un nouveau rapport adressé au médecin-conseil de l'assureur accident le 8 février 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a estimé que les plaintes subjectives de l'assurée pouvaient être objectivées, puisque les cervicalgies et les brachialgies gauches se traduisaient par une limitation de la mobilité de la colonne cervicale avec des dysfonctions segmentaires multiples ainsi que des tendomyoses cervico-scapulaires en cascades, des céphalées tensionnelles étant aussi présentes. Il mentionnait toujours une évolution lentement favorable, indiquant que le traitement médicamenteux avait dû être interrompu en raison des effets secondaires indésirables, et que le traitement de renforcement de la musculature ne pouvait être que lent en raison de la ré-aggravation rapide des symptômes douloureux à la suite des séances. Selon ce praticien, les limitations fonctionnelles consistaient en une diminution de la mobilité cervicale en flexion-extension, en rotation et en inclinaison latérale surtout du côté gauche; le pronostic était toujours réservé, et l'incapacité de travail demeurait de 100%. Le traitement des suites de l'accident étant encore en cours, il était par ailleurs trop tôt pour se prononcer sur la subsistance de séquelles.

Dans un rapport médical du 5 mars 2008 adressé à l'OAI, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dorsalgies cervicales post-traumatiques et céphalées tensionnelles, dysbalances et tendomyoses

musculaires, existant depuis l'accident de la circulation du 31 (recte: 30) avril 2007; il faisait état d'une incapacité de travail totale dans la profession d'agent de sécurité.

**e)** Dans un avis de sortie du 3 juin 2008 relatif à l'hospitalisation de l'assurée du 7 mai au 4 juin 2008 à la Clinique H.\_\_\_\_\_, la Dresse F.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicodorsalgies d'origine musculaire persistantes, avec des brachialgies gauches aspécifiques, et d'accident de voiture du 30 avril 2007 (entorse cervicale). Selon cette praticienne, la capacité de travail était entière dans une activité légère dès le 9 juin 2008; dans une activité demandant soit le maintien prolongé de la posture statique de la nuque, soit des mouvements répétitifs amples de la nuque, la capacité de travail était de 50% du 9 juin 2008 au 6 juillet 2008, à réévaluer.

Dans un rapport médical du 29 juillet 2008, le Dr P.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions de l'assureur accident SWICA Assurances SA:

*2. Constatations médicales actuelles:* persistance de douleurs cervicales bilatérales avec irradiation scapulaire, principalement gauche et au niveau du rachis dorsal haut. Persistance de fourmillements dans les trois derniers doigts de la main gauche. Les douleurs cervico-dorsales et scapulaires sont augmentées et déclenchées par le port de charges lourdes, la position assise statique prolongée, l'extension et la flexion: pour se pencher en avant ou en arrière, ainsi que par les situations de tension et de stress.

*3. Comment évaluez-vous la guérison en tenant compte des troubles constatés lors de la dernière consultation? Pronostic médical:* l'évolution des douleurs cervico-dorsales et scapulaires demeure fluctuante avec une très légère amélioration globale, plutôt obtenue dans le cadre des traitements d'ostéopathie que par les thérapies physiques et fonctionnelles réalisées lors de l'hospitalisation à la Clinique H.\_\_\_\_\_. Le pronostic médical sera surtout lié aux possibilités de retrouver une activité adaptée en favorisant l'alternance des positions et les possibilités de se détendre.

(...)

*5. Capacité de travail:*

*5.1. Quelles limitations physiques ont été constatées? Quelle incidence ont-elles sur le travail:* les limitations physiques sont

principalement liées aux douleurs qui sont nettement aggravées par les mouvements et les efforts sollicitant la colonne cervicale et le dos, les douleurs entraînent aussi des limitations pour le maintien prolongé des postures statiques de la nuque, ainsi que les mouvements flexion-extension et les activités répétitives sollicitant la ceinture scapulaire et les membres supérieurs. L'incidence sur la capacité de travail s'explique par l'impossibilité d'effectuer une activité postée impliquant des positions statiques prolongées, surtout debout, et l'impossibilité de pratiquer des efforts répétitifs.

(...)

*5.5. En tenant compte d'une activité à temps complet, comment évaluez-vous du point de vue médical la capacité de travail [de Mme] R.\_\_\_\_\_ : dans son activité professionnelle avant l'accident, la capacité de travail était faible ne dépassant pas 20%, une reprise de travail n'est guère envisageable avec un pronostic défavorable vu les contraintes liées à la précédente activité d'agent de sécurité.*

A une place adaptée une capacité de travail progressivement croissante pourrait être envisagée, a priori à partir de la fin de l'année 2008, initialement à un taux de 50%, en espérant un accroissement progressif jusqu'à une capacité totale."

**f)** Une expertise médicale pluridisciplinaire a été confiée au Centre Z.\_\_\_\_\_ à la demande conjointe de SWICA Assurances SA, assureur accidents, et de l'OAI. Les examens nécessaires ont eu lieu les 28 août et 20 novembre 2008. Dans leur rapport du 15 janvier 2009, les experts (Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie; Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie), ont rappelé les pièces du dossier (p. 3-4), relaté l'anamnèse et les données subjectives de l'assurée (p. 5-8) et décrit les données objectives, à savoir le status somatique, le status neurologique, le status psychique, les résultats des examens complémentaires et de l'étude du dossier radiologique (p. 9-12). La synthèse et discussion (p. 12-14) comprend le rappel de l'histoire médicale (p. 12), la description de la situation actuelle sur le plan somatique (p. 12-13) et sur le plan psychique (p. 13), et enfin la synthèse et conclusions sur le plan somatique (p. 13-14) et psychique (p. 14). Enfin, les experts ont répondu aux questions (p. 15-23). Ce rapport d'expertise - qui conclut en bref que l'assurée a retrouvé une pleine capacité de travail à partir du 30 octobre 2007, soit six mois après l'accident, et ce y compris dans l'activité professionnelle habituelle d'agente de sécurité, aucune lésion n'ayant pu être objectivée à l'examen - retient notamment ce qui suit:

## "Synthèse et discussion

### Rappel de l'histoire médicale

Mme R. \_\_\_\_\_ une assurée de 32 ans d'origine portugaise, divorcée sans enfant, en Suisse depuis 1985, sans formation professionnelle terminée en raison d'un accident de moto. Elle a un intérêt pour la sécurité et elle travaille dans ce domaine depuis 2003.

Le 30 avril 2007, elle est victime d'un accident de la circulation comme passagère avant d'un véhicule arrêté qui s'est fait percuter par l'arrière, lorsqu'elle-même est penchée vers l'avant pour prendre son téléphone portable dans son sac à main. Il n'y a pas de choc direct de la tête ou d'une autre partie du corps et il n'y a pas de perte de connaissance. Les suites sont marquées par des plaintes d'allure somatique avec notamment des cervicalgies et des douleurs de l'épaule gauche et notamment des troubles cognitifs tels que sensation d'étourdissement, peine à se concentrer, etc. Les investigations n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique. Des IRM cervicales du 15.05 et 21.05.07 mettent en évidence une discopathie débutante en C4-C5 et sur le scanner du 28.05.2008 une ébauche de discopathie en C5-C6. On relève également une non-fusion de l'arc postérieur de C6, découverte banale, fortuite et sans lien avec un traumatisme quelconque. On peut souligner à ce sujet une perception erronée de la réalité de la part de l'assurée qui est convaincue que les différents radiologues ont manqué le diagnostic d'une fracture.

(...)

Du point de vue objectif, on ne constate pas de limitation dans les mouvements spontanés ou de comportement algique limitatif. Lors de l'examen l'assurée décrit des douleurs lors de certains mouvements, ou palpations, mais il n'y a pas de restriction de la mobilité, de contracture musculaire nette ou de déficit manifeste.

(...)

Nous avons revu l'ensemble des documents radiologiques à disposition. Les radiographies standards de la colonne cervicale complétées par des radiographies fonctionnelles révèlent des troubles statiques et dégénératifs modérés ainsi qu'une rectitude en flexion mais pas d'instabilité pathologique ou d'autres lésions post-traumatiques significatives. Les IRM cervicales et le CT-scan cervical sont à considérer comme dans les limites de la norme, hormis une non fusion de l'arc postérieur de C6 sans signification clinique dans le contexte.

Sur le plan psychique, Mme R. \_\_\_\_\_ rapporte essentiellement une certaine angoisse lorsqu'elle conduit, des troubles du sommeil en lien avec les douleurs, une plus grande fragilité de sa personnalité, un léger ralentissement psychomoteur, un caractère quelque peu méfiant, une fatigue secondaire aux douleurs, un sentiment de ras-le-bol, une plus forte nervosité et une irritabilité, et des troubles du sommeil.

A l'examen clinique, on observe un comportement algique à une ou deux reprises. En dehors de cela, il n'y a pas de restriction du champ de la pensée sur les douleurs. Elle n'a pas une attitude craintive. La collaboration semble bonne. Il n'y a pas d'attitude revendicatrice, ni démonstrative. Il n'y a pas d'abaissement manifeste de la thymie ni de ralentissement psychomoteur ou d'état de fatigue. L'assurée ne présente pas de troubles cognitifs.

Sur la base de ces éléments, on peut tout au plus retenir quelques traits de personnalité histrionique. Toutefois, il est difficile de déterminer s'il s'agit véritablement de traits histrioniques ou de certaines caractéristiques de la personnalité. Dans tous les cas, cela n'atteint pas le seuil d'un trouble de la personnalité. L'assurée ne présente pas non plus de troubles de l'humeur, ni de troubles anxieux particuliers. On peut aussi exclure un syndrome somatoforme douloureux persistant (F45.4) parce que l'on n'observe pas d'état de détresse.

On ne retrouve pas d'état pathologique préexistant, hormis la description d'un épisode dépressif en 2002. Dans les suites de l'accident, l'assurée a présenté une certaine anxiété à la conduite mais cela n'a pas représenté une affection psychique en soi. Actuellement, elle ne souffre pas d'affection psychiatrique.

### **Synthèse et conclusions:**

Sur le plan somatique, Madame R. \_\_\_\_\_ a présenté le 30 avril 2007 une entorse cervicale bénigne de degré I à II selon la Québec Task Force. Les troubles apparus dans les suites de l'événement accidentel correspondent partiellement à ce que l'on nomme un syndrome post-distorsion cervicale avec de nombreux éléments relativement peu typiques d'une part et l'apparition d'une bonne partie des troubles avec un délai inhabituellement long d'autre part, l'ensemble des éléments précités laissant quelques doutes quant à la relation de causalité naturelle entre les plaintes et l'événement accidentel.

Les investigations faites précédemment n'ont pas mis en évidence de lésion organique objective.

Notre examen clinique est caractérisé par des douleurs, mais pas de limitations fonctionnelles, pas de contracture ou de déficit.

Les bilans radiologiques ont révélé une non-fusion de l'arc postérieur de C6, découverte banale et fortuite, sans répercussion clinique. Ils ont mis en évidence également des discopathies débutantes au niveau cervical, pouvant entraîner des cervicalgies, mais celles-ci ne permettent pas d'expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse, l'étendue du territoire douloureux et la mauvaise réponse aux différentes approches thérapeutiques, ainsi que les répercussions fonctionnelles rapportées par l'assurée.

L'ensemble des éléments à notre disposition permet ainsi d'écartier l'existence d'une atteinte structurelle importante du système nerveux et/ou locomoteur.

Il existe visiblement une discordance entre l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modéré de l'événement accidentel d'autre part. Le comportement de l'expertisée durant l'entretien et l'examen fait clairement soupçonner l'existence de facteurs de majoration des symptômes.

Il n'y a pas au présent bilan d'éléments permettant de retenir une incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible, ceci à partir d'une période de 6 mois faisant suite à l'événement accidentel, soit le 30 octobre 2007.

Sur le plan psychique, Mme R. \_\_\_\_\_ ne présente pas de limitation fonctionnelle dans son activité habituelle. Elle peut travailler 8 heures par jour sans diminution de rendement. Si des mesures de réadaptation professionnelle devaient être exigées, il n'y aurait pas d'élément restrictif sur le plan psychique.

Le pronostic est globalement favorable. Toutefois, il existe un risque d'évolution vers une chronicisation de ce trouble algique vers un syndrome somatoforme douloureux persistant ou un autre trouble somatoforme, sans que l'on puisse vraiment savoir si l'assurée cherche consciemment à obtenir des prestations ou si inconsciemment elle retire des bénéfices secondaires de la maladie.

### **Réponses aux questions**

(...)

Les constatations objectives sont des discopathies cervicales, découverte fréquente dans la population considérée normale. Il y a également une non-fusion de l'arc postérieur de C6, découverte fortuite, à considérer comme une variante de la norme et qui n'a pas de répercussion clinique.

Les éléments à disposition font penser que Mme R. \_\_\_\_\_ a été victime d'une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force. L'importance actuelle des troubles et l'atypie de certains symptômes font penser qu'il existe des facteurs de majoration indépendants du traumatisme. Sur un plan strictement objectif, il n'y a pas au présent bilan d'anomalies objectives majeures.

(...)

Diagnostic:

Entorse cervicale bénigne le 30.04.2007.  
Discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6.

(...)

Il est communément admis que lors d'une entorse cervicale bénigne, suite à un accident sans gravité et en absence de lésion organique, les symptômes disparaissent après quelques mois. Les troubles actuels rapportés par l'assurée ne peuvent pas du point de

vue organique être expliqués par les suites de l'accident. Les discopathies, qui ne résultent pas de l'accident, ne peuvent rendre compte qu'en partie des plaintes.

(...)

La capacité de travail est préservée, entière et sans limitations.

(...)

Dossier radiologique:

Les IRM cervicales du 15.05.2007 et du 21.05.2007 ainsi que le scanner cervical du 28.05.2008 ont été réexaminés par nos soins et ont été relus par le Dr V. \_\_\_\_\_ (spécialiste FMH, Institut de radiologie A. \_\_\_\_\_). Les avis sont concordants pour dire qu'il existe une discopathie débutante en C4-C5 déjà visualisée sur les premières IRM et une autre discopathie débutante en C5-C6, visualisée sur le dernier scanner, mais sans extrusion discale ou conflit radiculaire, par ailleurs pas de pathologie des apophyses articulaires postérieures, d'anomalie de signal dans les parties molles ou d'anomalie de signal du cordon médullaire. Il y a une non fusion de l'arc postérieur de C6, variante de la norme, ne correspondant pas à une fracture."

**g)** Dans un rapport de consultation radiologique du 29 août 2008 adressé au Dr Q. \_\_\_\_\_ du Centre Z. \_\_\_\_\_, la Dresse V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluait ce qui suit:

"Les bilans IRM [IRM cervicales des 15.05.07 et 21.05.07] et scanographiques [scanner cervical du 28.05.08] de la colonne cervicale démontrent deux discopathies dégénératives étagées C4-C5 et C5-C6 avec atteinte plus marquée du disque C5-C6 visible surtout sur le dernier examen effectué en 2008 qui explique vraisemblablement le trouble statique (rectitude la colonne cervicale) par le biais d'une contracture musculaire. Par ailleurs on n'observe à aucun niveau une extrusion discale ou une toute autre pathologie osseuse."

**h)** Dans un rapport médical du 23 septembre 2008 adressé au Dr P. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, exposait ce qui suit:

"L'examen du dossier radiologique montre des radiographies de la colonne cervicale face et profil du 01.05.2007. Sur ces clichés, on constate un élargissement de l'apophyse épineuse de C6, sans que l'on puisse constater de fracture. Il s'agit peut-être d'une anomalie osseuse. On n'a, en particulier, pas d'instabilité segmentaire ni de diminution des espaces intervertébraux."

La radiographie de la colonne cervicale en flexion-extension du 23.06.2008, montre, elle aussi, l'élargissement de l'épineuse de C6. Pas de signe d'instabilité. Bon alignement des corps vertébraux.

L'IRM cervical du 15.05.2007 est sans grande particularité. Aucune lésion discale décelable.

Le CT-Scan du 28.05.2008 démontre une fente au niveau de l'apophyse épineuse de C6, probablement à mettre en relation avec une anomalie congénitale, bien qu'une ancienne fracture ne puisse pas être exclue. On n'a pas de signe d'instabilité segmentaire.

#### **Evaluation de la situation:**

La symptomatologie douloureuse de Madame R. \_\_\_\_\_ est, à mon avis, à mettre sur le compte d'une lésion de type Whiplash avec tout le cortège de symptômes qui lui appartient. On sait que ces lésions sont parfois très difficiles à évoluer favorablement et se chronicisent sans que l'on puisse en connaître la raison. Je ne vois hélas pas d'alternative dans le traitement de Madame R. \_\_\_\_\_ en plus de ce que l'on a déjà prévu pour elle, soit essentiellement une bonne prise en charge en physiothérapie. Je pense que l'évolution sera progressivement favorable. Cette patiente devrait bénéficier également d'une reconversion professionnelle vers une profession plus sédentaire et avec moins de risque par rapport à celle d'agente de sécurité."

**i)** Dans un bref certificat médical du 24 février 2009, le Dr P. \_\_\_\_\_ a attesté que l'assurée pourrait retrouver une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à partir du 15 mars 2009, en précisant qu'afin de favoriser la reprise de travail progressive, le traitement médical, incluant la prise en charge de physiothérapie, devait impérativement être maintenu.

Dans un avis médical SMR du 2 mars 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_, estimant que l'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ (cf. lettre A.f supra) était médicalement probante, a retenu que l'assurée avait retrouvé une pleine capacité de travail six mois après l'accident, de sorte qu'il n'y avait pas de maladie invalidante au sens de l'AI.

**B. a)** Le 23 avril 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, dans lequel il exposait en substance ce qui suit:

le 31 (recte: 30) avril 2007, l'assurée a subi un accident de la circulation et a présenté depuis lors une incapacité de travail (début du délai de carence d'un an). L'OAI a mandaté, conjointement avec la Swica Assurances, le Centre Z.\_\_\_\_\_ pour une expertise pluridisciplinaire. Dans son rapport d'expertise du 15 janvier 2009, le Centre Z.\_\_\_\_\_ indique que sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans l'activité qui était celle de l'assurée au moment de l'accident est exigible six mois après le traumatisme initial, c'est-à-dire depuis le 31 octobre 2007; quant à l'examen psychiatrique, il ne montre pas de pathologie de ce registre justifiant une incapacité de travail. Ce rapport d'expertise a pleine valeur probante. Ainsi, il s'avère qu'à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, soit au 31 (recte: 30) avril 2008, la capacité de travail de l'assurée demeure intacte dans ses précédentes activités, si bien qu'il n'y a aucun préjudice économique, et aucune invalidité n'est présentée. La reprise de l'activité précédente étant exigible sur le plan médical, des mesures d'ordre professionnel n'entrent pas en considération.

**b)** Le 27 mai 2009, l'assurée, par l'avocate Anne-Sylvie Dupont, a fait part de ses objections à ce projet de décision, en produisant le rapport médical adressé le 23 septembre 2008 au Dr P.\_\_\_\_\_ par le Dr B.\_\_\_\_\_ (cf. lettre A.h supra), ainsi qu'un rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 13 février 2009, dont la teneur était la suivante:

"Le médecin soussigné a pris connaissance de l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ des 28.08 et 20.11.2008 et il est nécessaire de rectifier certaines inexactitudes:

A la Page 3, rapport médical du 27.08.2007: il s'agit d'extrait de la lettre que m'a adressé le Docteur L.\_\_\_\_\_, médecin interniste FMH.

A la Page 8, permis de conduire moto: la patiente n'a pas de permis de conduire pour les motos et l'accident de moto supposé survenu lors de son apprentissage n'a en fait jamais eu lieu.

Dans les diagnostics il s'agit bien d'une distorsion cervicale, dont le degré devrait être mieux précisé selon le Québec task force.

L'évolution symptomatique est défavorable malgré la prise en charge, ce qui est aussi confirmé par le Docteur B.\_\_\_\_\_ qui précise dans son évaluation que les lésions de type Whiplash sont parfois très difficiles à évoluer favorablement et se chronicisent sans que l'on puisse en connaître la raison.

Sur le plan thérapeutique nous avons surtout favorisé la prise en charge de physiothérapie et fortement recommandé une réintégration professionnelle dans une activité adaptée, ce qui devrait être l'objectif primordial en évitant les procédures médico-juridiques inappropriés."

**c)** Dans un avis médical SMR du 23 juin 2009, le Dr T. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit:

"Le courrier de Me Dupont du 27 mai 2009 appelle les commentaires suivants:

- Il n'est pas étonnant que Me Dupont n'ait pas trouvé mention de l'entorse cervicale bénigne dans la classification SIM, car celle-ci n'existe pas (à ma connaissance). Me Dupont a sans doute voulu faire une allusion phonétique à la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10<sup>ème</sup> édition). Si elle s'était donné la peine de le consulter, elle aurait pu constater que cet ouvrage de référence mentionne l'entorse cervicale (S13.4) en page 183, 2<sup>ème</sup> colonne, 19<sup>ème</sup> ligne.

- En revanche, le terme « whiplash », lui, ne figure pas dans la CIM-10. Cette expression anglo-saxonne, que l'on transcrit en français par « coup du lapin », est pourtant connue de tous les médecins, et désigne précisément une entorse (ou distorsion) cervicale.

Si l'on quitte le stérile domaine de la sémantique qui n'apporte rien de consistant, il convient de s'attarder sur les documents médicaux présentés, à savoir:

- Rapport du Dr B. \_\_\_\_\_ au Dr P. \_\_\_\_\_ du 23.9.2008: en guise de confirmation à ce que j'ai écrit ci-dessus, le Dr B. \_\_\_\_\_ parle de « coup du lapin » dans l'anamnèse, puis mentionne que le diagnostic de « whiplash » a été confirmé. Au status, il signale une mobilisation cervicale douloureuse, sans altération neurologique. Les examens d'imagerie ne montrent rien de nouveau. Le Dr B. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail. Il estime que l'assurée devrait privilégier une activité plus sédentaire que celle d'agent de sécurité.

En conclusion, ce rapport ne contient strictement aucun élément médical de nature à modifier notre position.

- Rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 13.2.2009: le Dr P. \_\_\_\_\_ relève 2 erreurs mineures dans l'anamnèse telle qu'elle a été rapportée dans l'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_. Aucune de ces corrections n'a d'incidence sur la capacité de travail. Il retient le diagnostic de distorsion cervicale et relève l'évolution symptomatique peu favorable.

On peine à voir ce qui, dans ces arguments, permettrait de s'écarter des conclusions de ladite expertise."

**d)** Le 13 octobre 2009, l'OAI a rendu une décision identique à son projet de décision du 23 avril 2009, accompagnée d'une lettre explicative qui répondait aux objections formulées par l'assurée à l'encontre de ce projet en reprenant en substance les éléments exposés par le Dr T.\_\_\_\_\_ dans son avis médical SMR du 23 juin 2009 (cf. lettre B.c supra).

**C. a)** L'assurée a recouru par acte du 18 novembre 2009 contre cette décision, en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme dans le sens de la reconnaissance de son droit à une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, puis à une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, et subsidiairement à son annulation, l'affaire étant renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante conteste l'appréciation de son état de santé et de son incapacité de travail par l'autorité intimée, en faisant valoir en substance les arguments suivants:

- il n'est pas contestable que la recourante a subi, depuis le 30 avril 2007, une distorsion cervicale à la suite de l'accident de la circulation routière dont elle a été victime. Ni l'autorité intimée, ni les experts sur l'avis desquels elle s'appuie ne contestent ce diagnostic. Il n'est pas non plus contesté que la recourante présente, depuis l'accident, un tableau clinique compatible avec les conséquences d'une distorsion cervicale.

- selon les conclusions des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2009 (cf. lettre A.f supra), la recourante aurait retrouvé une pleine capacité de travail à partir du 30 octobre 2007, soit six mois après l'accident, et ce y compris dans l'activité professionnelle habituelle d'agente de sécurité. Ils ne rapportent pourtant aucun événement significatif qui aurait permis de constater une amélioration de l'état de santé de la recourante, mais se basent uniquement sur l'expérience. En outre, selon eux, aucune lésion n'a pu être objectivée à l'examen.

- pourtant, le 5 novembre 2007 (cf. lettre A.c supra), le Dr P.\_\_\_\_\_, rhumatologue, décrit de nombreuses limitations fonctionnelles, dont l'on constate immédiatement qu'elles sont incompatibles avec l'exercice de la profession d'agent de sécurité, à tout le moins si l'on se réfère au descriptif des activités de la recourante dans son dernier emploi tel qu'il ressort du dossier de l'autorité intimée. La recourante se réfère encore aux certificats médicaux ultérieurs du Dr P.\_\_\_\_\_ de février 2008, juillet 2008 et février 2009 (cf. lettres A.d, A.e, A.i et B.b supra).
- en août 2008, un examen radiologique réalisé pour le compte des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ (cf. lettre A.g supra) révèle un trouble statique vraisemblablement dû à une discopathie en C4-C5, mais surtout un pincement en C5-C6 qui n'était pas évident sur les IRM précédentes. Il y a donc bien des lésions objectives constatées à l'imagerie, ce qui contredit les conclusions des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_.
- dans son rapport médical du 23 septembre 2008 (cf. lettre A.h supra), le Dr B.\_\_\_\_\_ signale des anomalies au niveau de l'apophyse épineuse de C6, sur la base d'images médicales qui étaient pourtant à la disposition des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_. Il indique en outre que ces anomalies peuvent se rapporter à une anomalie congénitale, sans toutefois qu'une ancienne fracture ne puisse être exclue.
- ainsi, selon la recourante, force serait de constater qu'il existe bel et bien des lésions objectivables et objectivées, qui expliquent les plaintes de la recourante, de sorte que le rapport du Centre Z.\_\_\_\_\_ est erroné sur ce point. Si l'appréciation des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ tendait en réalité à dire qu'il n'y a pas de lésions objectivables en lien de causalité avec l'accident, leur rapport n'est alors d'aucune utilité dans le cadre d'une demande de prestations AI.
- l'explication des plaintes de la recourante par des lésions objectives est d'ailleurs corroborée par le fait que le psychiatre du Centre Z.\_\_\_\_\_ ne retient aucun diagnostic sur le plan psychiatrique. Or de deux choses l'une: soit les plaintes subjectives de la recourante peuvent

être expliquées objectivement, et il est donc logique qu'il n'y ait pas de diagnostic psychiatrique associé. Soit les plaintes subjectives ne peuvent pas être expliquées objectivement, et l'on devrait alors trouver un diagnostic psychiatrique associé. Sans pour autant que ce diagnostic doive être celui de trouble somatoforme douloureux, on peut penser à la majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM-10, F68.0) ou à un trouble de somatisation (CIM-10, F45.0). Il y a donc une contradiction intrinsèque dans le rapport du Centre Z.\_\_\_\_\_, qui invalide ses conclusions.

- dans ces conditions, il y a lieu selon la recourante de se baser sur l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_ exclusivement pour juger du caractère invalidant des atteintes présentées par la recourante. Pour le Dr P.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail est totale depuis la date de l'accident jusqu'au 14 mars 2009, puis de 50% depuis le 15 mars 2009 jusqu'à ce jour, et ce dans toute activité. Le taux d'invalidité au sens de la loi sur l'assurance-invalidité doit donc suivre la même évolution, en tenant compte de l'art. 88a RAI, de sorte que le droit à une rente entière est ouvert depuis le 1<sup>er</sup> avril 2008, soit une année après le début de l'incapacité de travail, puis à une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2009, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain de la recourante. A titre subsidiaire, si la Cour devait ne pas s'estimer suffisamment renseignée sur la base des rapports médicaux produits par la recourante, celle-ci requiert alors la mise en oeuvre d'une expertise rhumatologique.

Le 4 décembre 2009, la recourante a produit une décision du Secrétariat de l'assistance judiciaire lui accordant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 octobre 2009, comprenant l'assistance d'office d'un avocat en la personne de l'avocate Anne-Sylvie Dupont.

**b)** Dans sa réponse du 21 janvier 2010, l'OAI réfute le grief que lui fait la recourante d'avoir privilégié le rapport d'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2009 au détriment d'une appréciation globale des éléments médicaux au dossier, en particulier ceux émanant de ses

médecins traitants. L'OAI rappelle que selon la jurisprudence, une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être accordée, en principe, que lorsque la partie qui la requiert fournit des éléments très sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou contradictoire, notamment s'il peut sérieusement être discuté quant au fond. Or en l'espèce, le rapport d'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2009 remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour que pleine valeur probante lui soit reconnue et ne contient en particulier pas de contradictions de nature à mettre en doute sa valeur probante, contrairement à ce que soutient la recourante. Selon l'OAI, les conclusions des experts doivent clairement être comprises en ce sens qu'il existe certes des troubles, mais que ceux-ci ne peuvent en aucun cas être à l'origine d'une incapacité de travail, la majoration des symptômes ne pouvant quant à elle pas être considérée comme une atteinte à la santé invalidante. L'OAI propose dès lors le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée.

Dans un avis médical SMR du 4 janvier 2010, le Dr T.\_\_\_\_\_ s'est prononcé dans les termes suivants sur le rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 29 juillet 2008 (cf. lettre A.e supra) ainsi que sur la consultation radiologique du 29 août 2008 (cf. lettre A.g supra):

"1. Rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_ du 29.7.2008: évoque l'absence d'amélioration suite au séjour à la Clinique H.\_\_\_\_\_. Selon ce praticien, une très légère amélioration a été obtenue grâce à l'ostéopathie. Le pronostic serait lié aux possibilités de trouver une activité adaptée aux douleurs cervicales. Aucune limitation fonctionnelle objective n'est décrite. La capacité de travail initiale de 50% devrait pouvoir augmenter progressivement jusqu'à une pleine capacité.

En l'absence de limitation fonctionnelle objective, nous n'avons pas de raison de nous écarter des conclusions des experts qui renaient une pleine capacité de travail 6 mois après l'accident.

2. Consultation radiologique du 29.8.2008: décrit et commente une IRM cervicale du 15.5.2007 et un scanner cervical du 28.5.2008. La Dresse V.\_\_\_\_\_ conclut à des discopathies étagées C4-5 et C5-6, entraînant un trouble statique antalgique.

Comme on doit s'y attendre, ce rapport ne fait pas état des répercussions fonctionnelles de l'atteinte décrite, qui est par ailleurs

banale. L'IRM cervicale et le CT-scan cervical sont mentionnés dans l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_. A ce titre, ils ne peuvent pas être considérés comme des éléments nouveaux."

**c)** Dans sa réplique du 15 février 2010, la recourante estime que le rapport du Centre Z.\_\_\_\_\_ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante du fait que l'anamnèse déjà est erronée puisque les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ tiennent compte de prétendus antécédents, à savoir d'un accident de moto que la recourante n'a jamais eu puisqu'elle ne possède tout simplement pas le permis pour conduire un tel engin et qu'elle n'en a d'ailleurs jamais conduit. Ensuite, l'examen psychiatrique se limite à une consultation brève, ce qui n'est manifestement pas suffisant dans un cadre aussi complexe de mise en évidence d'un phénomène de somatisation en l'absence d'atteintes physiques objectivables. Réitérant les explications données dans son mémoire de recours, la recourante estime qu'il y a un problème de méthode dans l'analyse, puisque le rhumatologue conclut à l'absence de lésions objectivables et que le psychiatre de son côté ne pose aucun diagnostic de majoration des symptômes physiques ou de troubles de somatisation, ni n'explique pourquoi il y aurait lieu de l'exclure. Compte tenu des erreurs de méthodes et des contradictions qui entachent selon elle le rapport du Centre Z.\_\_\_\_\_, la recourante maintient sa réquisition tendant à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, dont elle estime finalement préférable qu'elle soit pluridisciplinaire, à savoir rhumatologique et psychiatrique.

**d)** Dans sa duplique du 8 mars 2010, l'OAI expose que les arguments développés dans la réplique ne sont pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision. En particulier, des imprécisions portant sur des questions de détails (titularité ou non du permis de conduire pour motocycles) ne sont pas de nature à entacher la valeur probante d'un rapport médical dans sa globalité. Il confirme dès lors ses conclusions et propose derechef le rejet du recours.

**e)** Le 12 mars 2010, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant suffisamment instruit sur le plan médical, il

n'est pas donné suite, en l'état, à la requête d'expertise judiciaire formulée par la recourante, l'avis des autres membres de la cour qui sera appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettra étant réservé.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

**b)** La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 18 novembre 2009 par R.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 13 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI). En vertu de l'art. 7 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.

Selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont

généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

**3. a)** En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise médicale pluridisciplinaire indépendante. Le rapport d'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ du 15 janvier 2009 (cf. lettre A.f supra), établi conjointement par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et par le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, contient un résumé du dossier et une anamnèse, prend en compte les plaintes subjectives de l'assurée, repose sur des examens complets, décrit clairement la situation médicale sur le plan somatique et sur le plan psychique et parvient à des conclusions claires, convaincantes et parfaitement motivées. Ce rapport remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 2b supra).

Il en ressort que les investigations n'ont pas mis en évidence de lésion organique objective, à l'exception de discopathies cervicales débutantes, découverte fréquente dans la population considérée normale. Il y a également une non-fusion de l'arc postérieur de C6, découverte

fortuite, à considérer comme une variante de la norme et qui n'a pas de répercussion clinique. L'ensemble des éléments à disposition des experts leur a ainsi permis d'écarter l'existence d'une atteinte structurelle importante du système nerveux et/ou locomoteur. Les experts ont posé les diagnostics d'entorse cervicale bénigne (de degré I à II selon la Québec Task Force) le 30 avril 2007 et de discopathies cervicales C4-C5 et C5-C6. Ils ont retenu que la recourante, qui ne présente pas d'abaissement manifeste de la thymie ni de ralentissement psychomoteur ou d'état de fatigue, ni de troubles cognitifs, de troubles de l'humeur ou de troubles anxieux particuliers, ne souffre d'aucune affection psychiatrique. Tout au plus peut-on retenir quelques traits de personnalité histrionique, n'atteignant pas le seuil d'un trouble de la personnalité. Constatant qu'il existe visiblement une discordance entre l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modéré de l'événement accidentel d'autre part, et que le comportement de l'expertisée durant l'entretien et l'examen fait clairement soupçonner l'existence de facteurs de majoration des symptômes, les experts ont conclu qu'il n'y a aucun élément qui permettrait de retenir une incapacité de travail significative dans l'activité exercée préalablement, ainsi que dans toute autre activité potentiellement exigible, ceci à partir d'une période de six mois faisant suite à l'événement accidentel du 30 avril 2007.

**b)** Contrairement à l'avis de la recourante, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions solidement étayées des experts du Centre Z.\_\_\_\_\_. En effet, aucun avis médical ne fait état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par les experts. Ces derniers ont pris en compte tous les éléments ressortant du rapport de consultation radiologique de la Dresse V.\_\_\_\_\_ du 29 août 2008 (cf. lettre A.g supra), qui fait état des discopathies dégénératives étagées C4-C5 et C5-C6 dûment discutées par les experts. Quant au rapport du Dr B.\_\_\_\_\_ du 23 septembre 2008 (cf. lettre A.h supra), il fait état d'anomalies au niveau de l'apophyse épineuse, probablement à mettre en relation avec une anomalie congénitale sans qu'une ancienne fracture ne puisse être exclue. Cette constatation n'a toutefois aucune répercussion clinique, la

symptomatologie douloureuse de la recourante devant selon le Dr B. \_\_\_\_\_ être mise sur le compte d'une lésion de type Whiplash, soit de l'entorse cervicale subie le 30 avril 2007. Quant aux rapports médicaux du Dr P. \_\_\_\_\_, ils retiennent le diagnostic de distorsion cervicale, correspondant au diagnostic d'entorse cervicale posé par les experts, et ne font état d'aucun élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte par les experts, les limitations fonctionnelles décrites n'étant pas objectivées.

Par ailleurs, les deux erreurs mineures relevées dans l'anamnèse telle qu'elle a été rapportée dans l'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ n'ont à l'évidence aucune incidence sur l'appréciation de la situation médicale et de la capacité de travail de la recourante et ne sont donc nullement de nature à entacher la valeur probante des conclusions des experts. Le fait que les plaintes subjectives de la recourante ne peuvent pas être expliquées objectivement et qu'il n'y a pas de diagnostic psychiatrique associé ne permet pas d'affirmer qu'il y a un problème de méthode dans l'analyse ou une contradiction intrinsèque dans le rapport d'expertise qui en invaliderait les conclusions. Si les experts du Centre Z. \_\_\_\_\_ n'ont pas retenu dans leurs diagnostics une majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (F68.0 selon la CIM-10), ils ont relevé que le comportement de l'expertisée durant l'entretien et l'examen faisait clairement soupçonner l'existence de facteurs de majoration des symptômes. Enfin, la durée de l'examen clinique effectué par l'expert psychiatre ne saurait remettre en question la valeur de son travail, le rôle d'un expert consistant notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref (TF 9C\_443/2008 du 28 avril 2009, consid. 4.4.2; 9C\_482/2008 du 18 mai 2009, consid. 4.1; I 1084/06 du 26 novembre 2007, consid. 4).

**c)** En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'une appréciation correcte des avis médicaux au dossier, qu'à l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 LAI, soit au 30 avril 2008, la recourante présente une pleine capacité de travail dans ses précédentes activités, ce qui exclut le

droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. La cour étant en mesure de statuer sur la base du dossier, qui apparaît complet sur le plan médical, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale judiciaire, telle que requise par la recourante.

**d)** Pour être complet, on relèvera que même si on devait, à la suite du Dr P.\_\_\_\_\_, retenir que l'entorse cervicale subie par la recourante le 30 avril 2007 a entraîné une incapacité de travail, le caractère invalidant de cette atteinte devrait de toute manière être nié au regard de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, postérieure à la décision attaquée.

En effet, dans un arrêt du 30 août 2010 (ATF 136 V 279), le Tribunal fédéral a jugé qu'en cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, soit des lésions physiques sans preuve d'un déficit organique objectivable, le caractère invalidant des troubles devait être apprécié, dans le cadre de l'assurance invalidité, en appliquant par analogie les critères développés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352). Selon cette jurisprudence, il existe dans les cas de troubles somatoformes douloureux - et donc désormais aussi en cas de traumatisme de type "coup du lapin" ou de traumatisme analogue à la colonne cervicale, aussi désigné par les terme anglais "Whiplash" quand bien même ce terme ne correspond pas un diagnostic dans les systèmes de classification reconnus (TF 9C\_510/2009 du 30 août 2010, consid. 3.2 in fine) - une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas

en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2).

En l'espèce, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique et les autres critères évoqués par la jurisprudence ne sont pas remplis, de sorte qu'une atteinte invalidante au sens de l'AI devrait de toute manière être niée.

**4. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui

succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision rendue le 13 octobre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Anne-Sylvie Dupont, avocate (pour R. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :