

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2015

Composition : M. MÉTRAL, président
Mme Thalmann et M. Neu, juges
Greffière: Mme Simonin

Cause pendante entre :

P._____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Claudio Venturelli,
avocat à Lausanne,

et

U._____, à Vevey, intimé.

Art. 16 LPGA, 28, 28a al. 3 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, a travaillé comme vendeuse en prêt-à-porter pour N._____, puis S._____, dès le 1^{er} octobre 2001, à 50%. Elle a été victime d'un accident de circulation le 8 décembre 2006 et a été conduite en ambulance au Centre hospitalier D._____ (ci-après : D._____), où le diagnostic de contusions thoraciques et cervicales a été posé. Elle a pu rentrer chez elle le jour même, un traitement conservateur (antalgiques et repos) ayant été prescrit. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 17 janvier 2007 est restée dans les limites de la norme au niveau cérébral, sans lésion post-traumatique, expansive ou inflammatoire mise en évidence. Au niveau cervical, une contusion avec une petite fracture ostéo-sous-chondrale antéro-supérieure de D2 a été constatée, ainsi qu'une discopathie simple C5-C6 et C6-C7 (rapport du 17 janvier 2007 du docteur G._____, spécialiste en radiologie).

De nouveaux examens radiographiques pratiqués le 15 mars 2007 ont mis en évidence une fracture de l'arc latéral de la 6^{ème} côte gauche, en voie de consolidation. Un tassement vertébral modéré de D5 était également suspecté. Au niveau cervical, aucune lésion traumatique n'était décelable, mais une discopathie C4-C5 modérée pouvait être constatée (rapport du 15 mars 2007 du docteur L._____, spécialiste en radiologie). La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA) a pris en charge les suites de l'accident.

Les 13 et 23 mars 2007, le docteur B._____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assurée pour des problèmes de céphalées, des douleurs inter-scapulaires et des acouphènes. Dans un rapport médical du 23 avril 2007, ce spécialiste a indiqué qu'il n'y avait aucun dommage neurologique décelable consécutif au traumatisme du 8 décembre 2006 et qu'un électroencéphalogramme réalisé le 23 mars 2007 avait montré un tracé normal. Il a estimé que la symptomatologie douloureuse au niveau thoracal était à mettre en relation avec l'accident et s'expliquait par une

fracture de la 6^{ème} côte gauche et par des fractures-tassement mineures des 2^{ème} et 5^{ème} vertèbres dorsales. Il a néanmoins conseillé à la patiente de reprendre son activité professionnelle.

Pour sa part, la doctoresse Y._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a attesté une incapacité de travail persistante. Compte tenu de ces avis, la CNA a convoqué l'assurée pour un séjour à la Clinique [...], du 30 mai au 4 juillet 2007. Dans un rapport de sortie du 16 juillet 2007, les docteurs X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, et [...], médecin hospitalier, ont posé les diagnostics de douleurs de l'épaule gauche, cervicarthrose discrète, discrète neuropathie d'enclavement du nerf médian gauche au poignet, et de status après fracture de l'arc latéral de la 6^{ème} côte gauche lors d'un accident de circulation le 8 décembre 2006, avec une éventuelle fracture mineure du plateau supérieur de D2 et une fracture anamnestique de l'incisive supérieure gauche. L'assurée avait également subi des coupures du visage lors d'un précédent accident, en 1985, qui avaient été suturées. Sur le plan psychiatrique, le docteur H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de trouble dysthymique depuis de nombreuses années, sans influence sur la capacité de travail, mais justifiant un suivi psychothérapeutique et un éventuel traitement antidépresseur si la symptomatologie devait persister (consilium psychiatrique du 6 juin 2007). Les docteurs X._____ et [...] ont attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 8 juillet 2007 et suggéré une reprise de travail à 50% (du temps contractuel habituel) du 9 juillet au 29 juillet 2007, à réévaluer. Ils ont notamment résumé la situation comme suit :

« L'AVP [accident sur la voie publique] du 08.12.2006 a provoqué une fracture de l'arc latéral de la 6^{ème} côte gauche, une fracture mineure de D5 et éventuelle fracture mineure du plateau supéro-antérieur de D2. Actuellement, les investigations cliniques, radiologiques et biologiques ne montrent pas de lésion susceptible d'expliquer les douleurs alléguées par la patiente, que ce soit pour le rachis ou l'épaule.

La rééducation n'a pas conduit à une régression du reste des troubles. Le contexte professionnel délétère (la patiente parle de pressions au travail, litige avec l'employeur en ce qui concerne le paiement du

salaire), et le trouble dysthymique sont des facteurs susceptibles de ralentir la réintégration professionnelle.

D'un point de vue médical, l'incapacité de travail totale n'est plus justifiée. Nous reconnaissons une capacité partielle à partir du 09.07.2007. La patiente a clairement exprimé son désaccord, craignant de retourner sur sa place de travail en raison du litige précédemment cité. Elle ne souhaite pas non plus démissionner pour motifs économiques. Elle s'est déclarée déçue que le choix de cette décision lui revienne (démissionner ou reprendre à temps partiel).

Malgré l'impact incertain de la rééducation, nous proposons une poursuite durant quelques semaines de la physiothérapie, à visée de mobilisation et renforcement du tronc, détente de la musculature scapulaire. Même si la patiente exprime une préférence pour les techniques passives, les techniques actives doivent être privilégiées, les traitements de détente ne devant constituer qu'un appoint ».

P._____ n'a pas repris son ancienne activité professionnelle et son médecin traitant a attesté la persistance d'une incapacité de travail totale. L'assurée s'est rendue à une consultation chez la doctoresse Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui lui a prescrit du [...] pour une durée de six mois, en laissant à la doctoresse Y._____ le soin de gérer la suite du traitement.

Le 19 juillet 2007, S._____ a résilié les rapports de travail la liant à l'assurée, pour le 31 août 2007.

Le 11 septembre 2007, P._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de douleurs irradiant dans l'épaule et la nuque, à gauche, ainsi que de douleurs dorsales en cas de station debout prolongée. Le 7 octobre 2007, elle a complété cette demande, sur requête de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en précisant que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50%, par nécessité financière (formulaire 531bis).

Dans un rapport du 9 octobre 2007 à l'OAI, le docteur W._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur, médecin au Centre pluridisciplinaire de la douleur, à F._____, a exposé qu'il suivait l'assurée depuis le 30 mars 2007 et que l'état de santé de cette dernière était stationnaire. Elle ne pouvait plus exercer son ancienne activité professionnelle, mais pourrait reprendre une autre

activité, mieux adaptée, avec vraisemblablement un rendement réduit. Pour sa part, la doctoresse Y. _____ a attesté, dans un rapport à l'OAI du 12 novembre 2007, une incapacité de travail totale de l'assurée dans son ancienne activité professionnelle et une capacité résiduelle de travail de 50 à 60% dans une activité adaptée (dans un bureau ou une réception, sans travaux lourds ni port de charges et permettant l'alternance des positions ; il convenait également d'éviter les positions à genoux, l'inclinaison du buste ou la position accroupies étant par ailleurs décrites comme douloureuses). La limitation de la capacité de travail était principalement due à des douleurs cervico-brachiales gauches persistantes. La doctoresse Y. _____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervico-scapulalgies gauches persistantes, status après entorse cervicale et TCC [traumatisme crânio-cérébral] en décembre 2006, status après fracture de côtes et status après contusions multiples. Elle a également diagnostiqué, sans répercussion sur la capacité de travail, un état de fatigue, des troubles du sommeil et un reflux gastro-oesophagien.

L'assurée a bénéficié d'un suivi physiothérapeutique à visée essentiellement antalgique, et d'une prise en charge par le docteur R. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, à la Clinique [...] à [...]. Dans un rapport du 29 novembre 2007, il a décrit les plaintes de l'assurée comme suit :

« Cercivo-scapulalgies gauches, douleurs partant de la zone sous-occipitale pour se rendre le long du bord libre du trapèze vers le versant postérieur du moignon de l'épaule gauche et le long du bord spinal de l'omoplate gauche. Une sensibilité est également référée en occipito-pariétal gauche. Depuis l'accident, elle se plaint d'acouphènes, sans troubles cependant de l'audition. La douleur n'est pas impulsive à la toux, non rythmée par le Valsalva. Spontanément, elle décrit une faiblesse de ce membre supérieur gauche dans toutes les activités où le bras est porté au-dessus de l'horizontale, sans réelle altération de la dextérité du membre. La qualité du sommeil est perturbée car le positionnement en décubitus latéral gauche est non supporté. Actuellement, elle n'émet pas de plainte évocatrice d'un stress post-traumatique. Aucun vertige rotatoire n'est décrit.

Dorsalgies interscapulaires qui ne sont plus respirodépendantes. La palpation locale du gril chondro-sternal reste sensible du côté gauche avec une sensibilité particulière également de toute la musculature du muscle grand pectoral.

Lombopygalgies à caractère mécanique, décrites plutôt comme de type tensionnel avec notion de pseudo-blocages, problématique cependant qui a été favorablement influencée suite au traitement en ostéopathie. Les positions assises, debout immobiles ou périmètres de marche ne sont plus limités ».

Il pose par ailleurs l'appréciation suivante :

« Actuellement nous sommes confrontés à des cervico-scapulalgies gauches dans un contexte de séquelles de whiplash de stade II selon le Québec Task Force, suite à un mécanisme de décélération latéro-latérale, impliquant ainsi la mise en fortes contraintes des éléments facettaires postérieurs. Cette problématique survient chez une patiente connue pour une propension à l'hyperlaxité ligamentaire et qui ne démontre pas de signes de non organicité. A l'examen clinique de ce jour, il persiste encore d'importantes zones gâchettes au niveau des masses musculaires d'une part, et d'autre part, une irritabilité [des] structures neuro-méningées quand bien même aucun trouble neurologique déficitaire n'est décrit. Durant l'entretien, la patiente n'a pas évoqué de signes évocateurs pour un état de stress post-traumatique cependant elle exprime un sentiment d'injustice face aux séquelles de ce traumatisme qui ont conduit à un licenciement professionnel.

L'accent thérapeutique devra être porté suivant une approche myo-tensive et neuro-méningée de manière à pouvoir à influencer quelque peu cette irritabilité neuromusculaire. Très rapidement l'accent va être porté sur une stabilisation musculaire du plan profond de manière à contrecarrer les méfaits liés aux séquelles de son accident et ceux dû au déconditionnement physique en soi. Une approche cognitivo-comportementale sera également retenue, associée à des techniques de détente pour améliorer la qualité du sommeil.

L'équilibre actuel est suffisamment satisfaisant pour ne pas envisager d'emblée d'autres gestes complémentaires antalgiques.

Sur le plan professionnel, le sujet n'est pas à même de pouvoir reprendre son ancienne activité professionnelle de vendeuse ».

Dans un nouveau rapport du 17 mars 2008, le docteur R._____ a posé les diagnostics de séquelles de whiplash de stade II selon le Québec Task Force et de stress post-traumatique. Il a exposé que l'évolution était lentement favorable, principalement sur le plan du contrôle de la composante douloureuse. Le 29 juillet 2008, il a fait état d'une évolution favorable et a estimé que la reprise du travail, dans une activité adaptée, serait souhaitable afin de ne pas tomber dans un cercle vicieux de chronicité.

Le 1^{er} octobre 2008, à la demande de la CNA, le docteur T._____, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen de l'assurée. Dans un rapport du 3 octobre 2008, il expose n'avoir pas constaté d'atteinte neurologique significative et a nié qu'une telle atteinte entraînât une incapacité de travail significative. Une partie des plaintes de l'assurée correspondait à un syndrome post-distorsion cervicale/post-TCC (lors d'un accident antérieur à celui du 8 décembre 2006). Il n'y avait en tous les cas pas d'atteinte neurologique majeure justifiant la reconnaissance d'une atteinte à l'intégrité dépassant 5 à 10%.

Se référant aux constatations du docteur T._____, le docteur [...], médecin d'arrondissement de la CNA, a proposé d'admettre une pleine capacité de travail dès le 1^{er} novembre 2008 et de prendre en charge le traitement médical jusqu'à la fin de l'année 2008. Une allocation pour une atteinte à l'intégrité de 5% pouvait être allouée (rapport du 13 octobre 2008).

Le 12 décembre 2008, la CNA a décidé de mettre fin à la prise en charge du traitement médical et aux indemnités journalières dès le 31 décembre 2008. L'incapacité de travail et le traitement pour la période postérieure à cette date seraient à charge de l'assurance-maladie. L'assurée s'est opposée à cette décision.

Pour sa part, l'OAI a ordonné une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice mandatée à cette fin s'est rendue chez l'assurée le 3 juin 2009. L'assurée lui a déclaré qu'en bonne santé, elle travaillerait à 80%. En effet, au moment de l'accident, son mari et elle avaient trouvé une maison, qu'ils étaient sur le point d'acheter. Leur fille, en apprentissage, était autonome. L'enquêtrice a donc proposé de considérer que sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative à 80% et consacrerait 20% de son temps à des tâches ménagères. Elle a constaté une limitation de 11,40% pour l'exercice de ces tâches (rapport du 3 juin 2009).

Le 29 octobre 2009, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision d'allocation d'un quart de rente, pour une durée limitée à la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 janvier 2009, compte tenu d'un taux d'invalidité de 42,28% (soit de 40% pour la part active [80% x 50%] et de 2,28% pour la part ménagère [20% x 11,4%]). Il considérait en effet qu'à l'issue du délai d'attente d'une année, soit le 8 décembre 2007, l'assurée avait présenté une incapacité de travail de 50% dans son activité habituelle, puis qu'elle était en mesure de reprendre son activité professionnelle à 80% dès le 1^{er} novembre 2008.

L'assurée a contesté ce projet de décision le 20 novembre 2009 et a produit un rapport établi le 7 novembre 2009 par son psychiatre traitant, le docteur J._____. Ce médecin posait le diagnostic d'état de stress post traumatique, à la suite de l'accident subi en 2006, ainsi que de trouble dysthymique. Il évaluait à 20 à 30% la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée.

P._____ a ensuite produit une expertise privée établie le 11 février 2010 par le docteur???._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et d'état de stress post traumatique, en rémission. Il a attesté une incapacité de travail de 70% dans l'activité professionnelle antérieure ainsi que dans toute autre activité professionnelle adaptée, et de 50% dans l'exercice des travaux non professionnels habituels.

Par décision sur opposition du 18 mai 2010, la CNA a confirmé sa décision du 12 décembre 2008 mettant fin à la prise en charge du traitement médical et à l'allocation d'indemnités journalières au 31 décembre 2008. L'assurée a recouru contre cette décision sur opposition, devant la Cour de céans.

L'OAI a confié au docteur C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, le soin de réaliser une expertise psychiatrique. Dans un rapport du 24 janvier 2011, ce médecin a posé les diagnostics de

syndrome douloureux somatoforme persistant et de dysthymie, sans influence sur la capacité de travail.

Par décision du 24 mars 2011, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente, pour une durée limitée à la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 janvier 2009.

Par arrêt du 26 avril 2011, la Cour de céans a rejeté le recours de P._____ contre la décision sur opposition rendue le 18 mai 2010 par la CNA. En substance, le tribunal a considéré que la recourante ne présentait plus de séquelle organique objectivable de l'accident subi en 2006. Elle présentait en revanche des atteintes à la santé psychique, dont l'influence était prédominante sur d'éventuelles séquelles d'un traumatisme de type coup du lapin, mais qui ne pouvaient être mises en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré.

B. **a)** Le 9 mai 2011, l'assurée, par son conseil, Me Claudio Venturelli, a interjeté un recours de droit administratif contre la décision du 24 mars 2011 de l'OAI devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle en demande la réforme en ce sens qu'une rente entière non limitée dans le temps lui soit allouée dès le 1^{er} décembre 2007, sous suite de frais et dépens. A titre subsidiaire, elle conclut à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. A l'appui de son recours, elle produit un rapport établi le 20 avril 2011 par le docteur???._____, qui maintient son point de vue et expose pourquoi il ne partage pas celui du docteur C._____. Se référant à ce document, ainsi qu'à l'expertise du 11 février 2010, elle allègue une incapacité de travail de 70% dans toute activité professionnelle, et de 50% dans l'exercice de ses tâches non professionnelles habituelles, en raison principalement de l'épisode dépressif moyen diagnostiqué par le docteur???._____. Elle précise ne pas contester la répartition de 80% et 20% retenue par l'OAI entre ses activités professionnelle et ménagère. Elle soutient par ailleurs que les séquelles de l'accident de type « coup du lapin », mises en évidence par le docteur R._____, avaient entraîné une

incapacité de travail totale au moins jusqu'à la fin de l'année 2008, date de la fin des prestations de l'assurance-accidents.

Le 28 juin 2011, l'intimé s'est déterminé sur le recours en produisant un rapport établi le 16 juin 2011 par le docteur [...], médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR).

La recourante a déposé une nouvelle détermination le 29 septembre 2011, à laquelle elle a joint un nouveau rapport du docteur???._____, du 20 septembre 2011. Ce médecin y expose avoir examiné à nouveau l'assurée et a avoir constaté les symptômes d'un état dépressif sévère, sans symptôme psychotique. L'incapacité de travail était totale depuis février 2010 selon toute probabilité, mais depuis le 27 mai 2011 (date d'entrée pour une hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de M._____, jusqu'au 17 juin 2011) en tout cas. Il réfute le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant et considère que l'assurée présente plutôt un épuisement physique avec différentes atteintes organiques (peu graves en soi) et un épuisement psychique sous forme d'un état dépressif actuellement sévère.

b) Le tribunal a mandaté le docteur V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise psychiatrique. Celui-ci a rendu son rapport le 14 janvier 2013. Il ressort notamment de l'anamnèse que la recourante a vécu au [...] jusqu'en 1986. Elle y a subi quatre accidents de circulation, dont les deux premiers étaient plutôt légers et sont restés sans conséquences. Lors du troisième accident, elle a traversé le pare-brise de la voiture dans laquelle elle se trouvait et a été coupée au visage, de sorte qu'une chirurgie esthétique a été nécessaire. Lors d'un quatrième accident, la voiture dans laquelle elle se trouvait a percuté un arbre ; la recourante a toutefois été protégée par sa ceinture de sécurité.

L'expert a exposé ce qui suit, sous le titre « discussion » :

« En ce qui concerne nos propres analyses de la situation clinique en question il nous paraît important de souligner que nous favorisons des

approches diagnostiques qui différencient les informations venant de l'expertisée de celles observées par l'expert. Les premières sont susceptibles d'être influencées par des facteurs extra médicaux, le ressenti personnel du sujet, son éventuelle tendance à l'accentuation ou sa situation sociale.

Pour ces mêmes raisons, nous ne travaillons pas d'entrée avec les échelles « classiques », par exemple l'échelle de dépression de Hamilton (qui confie par exemple 13 critères sur les 21 issus de l'auto-évaluation), même si elles sont dites « hétéro-évaluation ». Il est de même pour d'autres questionnaires d'auto-évaluation (index de satisfaction travail, index de tension, soutien social perçu, score EPICE, mental health index, EVA douleur, etc.).

Nous favorisons les critères établis dans la Classification Internationale des Maladies, version actuelle 10, issus du travail continu de consensus de l'Organisation Mondiale de la Santé, affinés dans les « Critères diagnostics pour la recherche » (WHO/OMS Genève, Masson 1994).

La situation pour laquelle vous avez donné mandat d'examen concerne une femme de maintenant 50 ans qui a subi un accident de la circulation en décembre 2006. Il y a eu ici différentes atteintes et séquelles à la fois sur le plan physique et psychique.

En entrant matière par cet accident, moment-clé du dossier, les rapports de la police et les premières descriptions de l'assurée évoquent ceci : au moment où son mari, conducteur de la voiture familiale, a voulu dépasser une autre voiture, cette dernière, par inattention, a bifurqué sur la gauche et s'en est suivie une collision latérale des deux véhicules avec arrêt des deux (sans tonneaux) sur la chaussée opposée. Avec une vitesse de 80 km/heure décrite, il y avait une certaine violence du choc, mais il ne s'agit pas d'un accident sévère selon la classification.

Contrairement aux dires de l'assurée, il ne s'agissait pas non plus d'un accident frontal. Les informations quant à une éventuelle perte de connaissance sont divergentes : selon une partie de la documentation et des anamnèses déposées dans le dossier, il y a notion d'absence de perte de connaissance, à d'autres moments, l'assurée a évoqué une perte de cinq minutes et lors de notre anamnèse, Mme P. _____ disait avoir perdu connaissance longtemps, d'avoir été dans un état de choc, de semi somnolence duquel elle s'est seulement réveillée dans l'ambulance et plus tard au D. _____. Il existe tout au long du dossier et des années un très fort mécontentement de l'expertisée par rapport au fait qu'une partie des lésions qu'elle a subies n'a pas été diagnostiquée et traitée, notamment fractures de dents et tassement/fracture de vertèbres. Il y a ici comme un fil rouge de la notion de mécontentement, de colère et de sentiment exprimé de ne pas avoir été prise au sérieux par le corps médical.

Si on suit les documents somatiques, le premier examen neurologique du Dr B. _____ est plutôt très rassurant et il a explicitement invité sa patiente à reprendre son activité professionnelle pour éviter une chronicisation. La deuxième évaluation neurologique du Dr T. _____ est plus nuancée et intègre des éventuelles séquelles d'anciens accidents antérieurs à 2006 avec notamment quelques lésions arthrosiques. Il a évoqué la probabilité que Mme P. _____ a vécu en 2006 un traumatisme de décélération (coup du lapin, whiplash) à intensité légère et maintenant sans séquelles neurologiques décelables.

Sur le plan orthopédique - rhumatologique il y a, en dehors des plaintes, un stade de fractures de côtes, éventuelle fracture d'une vertèbre cervicale, cervicarthrose discrète et douleurs de l'épaule gauche. Ici, l'essentiel des constats somatiques ont été fait lors d'une longue observation à la Clinique [...] et objectivement (contraire au subjectif) une amélioration a été constatée. Indirectement, les conclusions du médecin du [...] se sont confirmées puisque l'assurée a été conduite vers un traitement à [...] à [...] et le Dr R._____, en fin de traitement a conclu à la possibilité d'une reprise d'activité. C'est à ce moment-là et ensuite à plusieurs autres occasions que Mme P._____ a formulé un avis divergent et son opposition aux conclusions médicales.

Sur le plan psychique - psychiatrique, une première évaluation a été faite également à la Clinique [...] où le spécialiste a clairement exclu la présence d'un état de stress post traumatique ou d'une atteinte affective significative. Déjà à l'époque le terme d'un trouble dysthymique a été retenu. Le psychiatre a pris note d'une importante souffrance antérieure qui probablement a été réactivée lors de l'accident et qui a pris ensuite tout du long une résonance particulière.

Mme P._____ est issue d'une famille portugaise de 12 enfants où son père était la plus grande partie de sa vie, absent, et de plus violent. Elle a été peu ou pas aimée par sa mère et en tant que première fille de la fratrie, très sollicitée pour les tâches à la maison. L'assurée a transmis avec des termes très intenses que les enfants ont été traités comme des esclaves à la maison.

Sur ce fond, il y a également l'anamnèse d'un abus sexuel à répétition de la part de son frère aîné. Cette problématique n'a jamais été élaborée et est restée de ce fait comme une sorte d'abcès dans le vécu et le psychisme de l'assurée. Il y a eu d'autres éléments de vie adverse : travail précoce, émigration en Suisse, rejet de la belle-famille, avortement « forcé » et quelques déceptions professionnelles.

D'un autre côté, il y a eu aussi des capacités d'adaptation, une résistance, voire résilience aux événements ainsi qu'une construction narcissique positive. Après des années en usine, l'assurée s'est intéressée en Suisse au prêt-à-porter, elle a accumulé des connaissances et aptitudes dans différentes boutiques et est devenue, non seulement vendeuse, mais « conseillère de vente ». Elle a fait en quelque sorte une carrière professionnelle et aussi financière. Il est dans ce contexte significatif qu'elle et son mari ont envisagé en 2006 l'achat d'une maison, sorte d'aboutissement du rêve de réussite, mais qui a dû être abandonné en raison de l'accident et du licenciement qui a suivi. Il existe pour ce licenciement des notions un peu disparates et peu claires. On trouve dans le dossier la notion d'un conflit avec son dernier employeur, celle également d'une réaction dépressive suite à un mobbing, mais à d'autres moments et également dans nos entretiens, Mme P._____ a nié toute conflictualité antérieure.

Peu importe si ledit licenciement est intervenu pour des raisons économiques (prolongation des arrêts et des certificats) ou pour des raisons personnelles, elle a ressenti la décision de son dernier employeur comme extrêmement blessante et injuste, sorte de dernier point de déception et qui faisait basculer ses rêves et sa construction professionnelle et familiale. On trouve donc autour de l'accident et ses conséquences une très importante charge frustrative qui explique à notre avis la persistance des sentiments de colère, de révolte, de revendications, de mécontentement, etc.

Au moment où les professionnels (médicaux et sociaux) lui disaient de s'adapter à une autre activité, le psychisme de l'assurée a basculé à ce moment-là vers un « Non » qui était tantôt argumenté, tantôt irrationnel. Il y a ici différents témoignages déposés dans le dossier. En finalité, elle n'a plus pu accepter l'idée de se réadapter à autre chose et elle est restée dès lors dans un espace de retrait sur elle-même avec ruminations et état psychique fluctuant. Plus elle était éloignée de la réalité extérieure et professionnelle, plus elle s'enfermait dans son monde avec ruminations et récriminations. Soulignons ici encore une fois que, tant qu'elle était observée à l'extérieur (par exemple stage [IPT]), son fonctionnement était décrit comme positif, constructif et son potentiel d'évolution a été souligné.

Le premier expert a argumenté un épuisement des ressources adaptatives. Or ceci contraste avec lesdites observations et le potentiel qui lui a été toujours attesté. La décision intérieure de ne pas vouloir accepter les conclusions médicales et professionnelles n'est donc pas assimilable à un état de maladie ou de faiblesse, mais appartient au « routeur » intérieur de la personne et sort du champ médical.

Du côté psychique et thymique, il y a toujours eu des fluctuations décrites. En dehors de l'évaluation au [...], d'autres médecins ont utilisé le terme de fluctuations, de dysthymie, d'anxiété réactive, anxiété par rapport au futur, etc. Il n'y a jamais eu le constat d'une atteinte psychique - psychiatrique indépendante. Tout a toujours été lié aux manifestations corporelles, la situation sociale, les exigences de la réalité et les difficultés ressenties. Dans le même ordre d'idées, il n'y a jamais eu de suivi psychiatrique - psychothérapeutique continu. Il y a eu une première approche, une deuxième, des tentatives partielles et temporaires de l'aider par médicaments antidépresseurs, mais jamais un traitement conséquent.

La situation a cependant basculé au mois de mai 2011. Dans la dynamique antérieurement décrite, également liée aux déceptions par rapport à la non reconnaissance par Suva, AI et les expertises, l'assurée était davantage dans des chaînes de rumination et de rêve à la maison. Un moment donné, avec l'évocation d'idées suicidaires, son mari a réagi et elle a été hospitalisée à M._____. Après beaucoup d'insistance, nous avons pu obtenir le document de cette hospitalisation. Il est intéressant à plusieurs titres. Comme dans le passé et dans les expertises effectuées, le statut psychiatrique proprement dit, en dehors des évocations de l'assurée, était relativement modeste. On a parlé d'une femme de présentation adéquate, sans trouble cognitif, dans un versant triste et anxieuse, mais clairement sans notion de gravité. Il n'y a qu'initialement que les médecins ont retenu un trouble dépressif récurrent d'intensité actuelle moyenne, ensuite amélioré grâce aux différentes approches thérapeutiques. On a là aussi exclu la présence d'un état de stress post-traumatique ainsi qu'une éventuelle modification de la personnalité, voire trouble de personnalité.

Nous avons vu Mme P._____ entre les mois de novembre et décembre 2012 et nous étions face à un tableau clinique proche de ce qui a été décrit en fin de l'hospitalisation et par d'autres médecins. Relevons ici que son médecin traitant, la Dresse Y._____, la connaissant de longue date jusqu'à ce jour n'a jamais évoqué en premier lieu une atteinte dépressive. Mme P._____ se présentait bien soignée, au début furtivement souriante, sans ralentissement psychomoteur significatif. L'application d'une échelle objective EDR a

confirmé cette notion. Il n'y avait pas de trouble cognitif significatif et, dans un premier temps, l'assurée a même très largement dominé l'espace - temps pour s'exprimer. Sa manière de le faire, avec une certaine énergie déployée, était contraire à la notion d'un état dépressif significatif.

Sur le plan affectif, elle avait en partie une thymie abaissée, ceci surtout lorsqu'elle était dans les descriptions de ses malheurs et blessures. A d'autres moments et en finalité, en majeure partie, elle était euthymique - neutre. Assez souvent, surtout dans les dernières parties de l'entretien, elle pouvait être aimable, souriante et détendue. L'énergie vitale était bien présente et elle nous a spontanément transmis un certain nombre de plaisirs dans la vie de tous les jours. Même si elle a décrit un mode de vie réduit par rapport à sa vie antérieure, elle a cependant bien signalé qu'elle y a accès de principe. Il y avait des traits histrioniques de la personnalité, des défenses caractérielles, des tendances à la dramatisation, un grand désir de reconnaissance et tous les éléments de la déception cela par rapport au cours de sa vie, mais nullement de notion de trouble de personnalité dans le sens clinique du terme.

Puisque la différence entre les experts précédents porte surtout sur la notion de la gravité d'un état dépressif voire dysthymique, il nous paraît important d'objectiver ici des données.

TROUBLE DÉPRESSIF (F32)

Selon OMS, critères pour la recherche (classification internationale, Masson 1994)

Critères pour déterminer un épisode dépressif selon Classification internationale des Maladies en vigueur, CIM-10, chapitre F32, critères pour recherche, édités par l'OMS

Conditions de base :

G1 : épisode doit persister au moins deux semaines

G2 : absence de critères maniaques ou hypomaniaques

G3 : pas de substance psycho-active, pas de trouble mental organique

En parenthèses les critères du système AMDP cité, correspondant au plus près.

CRITÈRE	DÉFINITION	OBSERVATIONS pour la personne en question
B1	Abaissement de l'humeur (tristesse), humeur dépressive, inhabituel, à degré nettement anormal, toute la journée, presque chaque jour, dans large mesure sans	Ce n'est pas le cas, ni en observation, ni selon les évocations subjectives.

	influence des circonstances, persistant au moins pendant deux semaines (AMDP : 63)	
B2	Diminution constante et marquée de l'intérêt et du plaisir pour des activités auparavant agréables (AMDP : pas d'équivalent direct)	Non, quelques intérêts et plaisir existent.
B3	Perte de l'énergie, grande fatigabilité, diminution nette des activités habituelles (AMDP : 62, 80, 81 R 12)	Diminution de l'énergie surtout subjective
C1	Perte de l'estime de soi et de la confiance en soi (AMDP : 71)	Diminution de la confiance en soi
C2	Sentiments injustifiés de culpabilité, culpabilité excessive ou injustifiée	Non
C3	Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires ; comportement suicidaire	Non
C4	Diminution aptitude à penser ou se concentrer (ADMP 11, 12)	Non
C5	Modification psychomotricité : agitation ou ralentissement (signalée ou observée) AMDP :80-84),	Non

	échelle de ralentissement EDR	
C6	Perturbation du sommeil importante (AMDP : échelle somatique 101-105)	Sommeil décrit de qualité mauvaise
C7	Modification appétit (diminution ou augmentation) avec variation échelle correspondante (AMDP : échelle somatique 106)	Non
Classification des dépressions selon gravité		
Dépression légère	2 critères B	Total au moins 4
Dépression moyenne	2 critères B	Total au moins 6
Dépression grave	3 critères B	Total au moins 8
<u>Résumé, conclusions :</u> les critères ne permettent pas de retenir un trouble dépressif dans le sens clinique défini.		

Il ressort ici avec clarté que nous ne nous ne trouvons en ce moment pas dans un registre de dépression clinique défini. La situation thymique est, malgré les fluctuations, à considérer comme compensée.

Indirectement, ceci est aussi confirmé par l'échelle MADRS (que nous utilisons avec prudence et pour les raisons mentionnées et en parallèle de l'échelle de Hamilton) et qui montre très clairement aussi l'absence d'un état dépressif significatif.

Nous avons effectué un dosage médicamenteux de l'antidépresseur que l'assurée disait prendre régulièrement ; il s'est montré ici que le niveau sérique de la substance était insuffisant pour être thérapeutique. Probablement la prise de ce médicament est aléatoire ou fluctuante. Indirectement, ceci pourrait confirmer l'ambivalence de

l'expertisée par rapport à ce type de substance comme déjà décrit auparavant par d'autres médecins.

Lors des évaluations antérieures, jamais un dosage n'a été effectué. Il existe de ce fait un doute sur la compliance médicamenteuse et tout traitement ultérieur devrait être contrôlé.

En finalité, l'hypothèse de fluctuation dysthymique s'est plutôt confirmée pour notre part.

Une très grande partie des plaintes spontanées et systématiques de l'assurée concernait des manifestations neurovégétatives et douloureuses. Elle nous a décrit en détail l'enchaînement des manifestations douloureuses qui peuvent partir d'un endroit du corps et se répandre d'une manière quasi ubiquitaire. Nous nous sommes trouvés très clairement dans la notion d'une plainte douloureuse dominante, d'ailleurs évoquée comme première raison de l'incapacité de travail de la part de Mme P._____. Si l'on met en relief les données somatiques, il existe effectivement un décalage entre les différents substrats somatiques (plutôt discrets) et l'intensité des manifestations subjectivement vécues. De ce fait, il nous paraît légitime, voire nécessaire d'appliquer le terme de troubles douloureux somatoformes sur un plan formel et descriptif. Mais y a-t-il effectivement les critères pour un impact éventuellement invalidant remplis comme suggéré par l'expert???._____?

L'application systématique des critères usuels montre le tableau suivant :

Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4), critères

Selon les critères du Tribunal Fédéral des Assurances pour déterminer la présence d'un trouble somatoforme à valeur invalidante, éléments de l'OMS et expérience clinique

CRITÈRE	OBSERVATIONS pour la personne en question
1. Comorbidité psychiatrique importante (gravité, acuité, durée) ?	Non, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante
2. Affections corporelles chroniques (en dehors TSD, sans rémission durable) ?	Selon les descriptions du dossier, cette affection est plutôt modeste
3. Perte d'intégration sociale (dans toutes les manifestations de la vie) ?	Non, il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie
4. Etat psychique cristallisé (sans évolution possible au plan thérapeutique) ?	Non
5. Processus défectueux de résolution de conflit ?	Hypothèse psychanalytique difficile à vérifier
6. Echec de traitements conformes aux règles de l'art ?	Non, améliorations observées et décrites

7. Attitude coopérative de la personne (effort et motivation) ?	Forte fixation dans ses visions personnelles, observance médicamenteuse insuffisante
8. Divergences entre symptômes décrits et comportement observé ?	Oui, également décelable dans différentes parties du dossier
9. Caractéristique des douleurs vagues ou différenciées ?	Très global
10. Efforts thérapeutiques validés ou invalidés ?	Invalidés
11. Collaboration, compliance de la personne ?	Insuffisante
12. Conflits émotionnels importants ?	Non, mise à part non acceptation à plusieurs niveaux des conclusions médicales
13. Facteurs psychosociaux et culturels dominants ?	Non
14. Appréciaisons actuelle de la situation conflictuelle ?	Oui depuis longtemps et toujours conflictuelle
Pondération, conclusions : Après pondération, absence d'aspect invalidant	

Il ressort ici, notamment en l'absence d'une comorbidité psychiatrique importante, que les critères sont insuffisants pour retenir un aspect invalidant. Rappelons dans ce contexte aussi toutes les données récoltées dans notre anamnèse systématique où l'assurée, malgré ses tendances au repli, montre un fonctionnement global proche de la normalité.

Différentes manifestations somatiques et neurovégétatives ont été évoquées de la part du premier expert pour signaler les aspects dramatiques de la situation. Il y a ici des vertiges, acouphènes, perte de connaissance, migraines, troubles digestifs divers et autres. Il y a pour cette partie quelques explications fonctionnelles, quelques inconnues (on ne trouve par exemple pas d'examen ORL détaillé) et de ce fait, le volet symptomatique se situe entre des manifestations neurovégétatives autonomes et quelques troubles fonctionnels. L'assurée, dans sa tendance à l'auto observation accrue donne ici passablement d'importance mais elle était en même temps aussi rassurée par quelques confrères sur le côté anodin des manifestations. En fin de compte, nous proposons de ne pas tenir compte de cette partie.

Nous n'avons pas trouvé d'indice pour la persévérance ou l'existence d'un trouble type stress post-traumatique. L'assurée a signalé une perte de connaissance pour l'accident (non confirmée par observation extérieure) et elle n'a pas évoqué des phénomènes type intrusion,

flash-back ou autres. La description des rêves qu'elle fait encore maintenant avait un caractère non spécifique. L'argument le plus pertinent nous semble le fait qu'en évoquant les détails et le déroulement de l'accident, elle était visiblement neutre, contenue, sans aucune réaction émotionnelle particulière à observer. De ce fait, nous excluons cette variante diagnostique, de même celui de modification de personnalité après traumatisme et problème d'adaptation.

VIII. Diagnostic et conclusions :

Avec l'ensemble des éléments discutés, ainsi que nos analyses effectuées et après pondération de tous les éléments, nous retenons sur le plan diagnostique et psychiatrique actuellement:

- 1. Dysthymie (F34.1 — CIM -10),**
- 2. Syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique significative (F45.4 — CIM - 10),**
- 3. Accentuation de certains traits de personnalité, ici dans le sens histrionique, immature (F73.1 CIM-10).**

Notre évaluation se base sur des observations du moment. L'état clinique décrit est clairement défini sous forme des diagnostics évoqués. En principe, il est difficile, voire impossible de se prononcer rétroactivement sur l'état psychique antérieur puisque l'expert n'a justement pas pu faire des constats. Cependant, il se trouve que notre appréciation est très proche de ce qui a déjà été évoqué par le psychiatre du Centre romand [...], également les premières notions de son psychiatre traitant. Par la suite, tout le long du dossier et des observations, les fluctuations thymiques ont été décrites, à intensité variable, parfois avec des pics jusqu'à un état dépressif de moyenne intensité (hospitalisation), mais il n'y a pas de notion plus sévère. De ce fait, nous avons conclu pour notre part, qu'il y a eu dans le passé entre 2006 et 2012, dans la plus grande partie, des moments de diagnostic de dysthymie en vigueur.

Il résulte pour nous, mis à part la période d'hospitalisation, qu'il n'y a pas d'incapacité de travail liée à l'état psychique proprement dit.

Nous nous permettons ici un petit dépassement de notre domaine de compétence : sur le plan purement somatique. L'assurée a été véritablement évaluée la dernière fois en 2007 lors de l'hospitalisation au [...]. Les médecins ont déterminé une capacité de travail de 50% à la sortie, améliorable avec application des mesures thérapeutiques. Il y a eu ensuite appréciation de la Suva, celle du Dr R._____. On ne trouve cependant pas d'évaluation actualisée de l'état somatique - arthrosique. Si besoin est, une appréciation complémentaire est ici nécessaire.

(...) ».

Compte tenu de ces observations, l'expert n'a pas constaté d'incapacité de travail significative sur le plan psychiatrique pendant la période litigieuse. Il n'y avait pas de diminution de rendement, « mise à part une période de réadaptation ». Il a ajouté qu'au vu de « la longue

absence du marché du travail et sous conditions que l'assurée soit prenante, une aide au réentraînement était imaginable et sans doute utile ».

c) Le Tribunal a ensuite confié au docteur Q._____, spécialiste en rhumatologie et traitement interventionnel de la douleur, le soin d'établir une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 21 février 2014, celui-ci a retenu comme diagnostics un status sept ans post accident de circulation avec contusions cervicales, thoraciques et discrète fracture tassement de D5 et fracture du 6^{ème} arc costal gauche, des cervico-scapulalgies gauches et des lombalgies résiduelles ainsi qu'un syndrome fibromyalgique. Sous « discussion », il a exposé ce qui suit :

« Cette expertisée a donc subi, il y a 7 ans un accident de la circulation ayant engendré de multiples contusions, cervicoscapulaires, thoraciques, dorsales et plus modérément lombaires. Il a été décrit une fracture tassement discrète de D5 (plateau supérieur) et de D2 (moins probable après examen des documents) ; une fracture transverse de l'arc costal latéral gauche est encore discrètement visible sur le grill costal du 15 mars 2007 (à 4 mois).

Tant les confrères consultés que surtout ceux du [...] ayant fait une investigation poussée (arthro-IRM) n'ont pu mettre en évidence une atteinte structurelle de l'épaule gauche.

L'expertisée s'est toujours plainte de cervicoscapulalgies, celles-ci se sont amendées après la prise en charge en médecine physique à K._____ (Dr R._____ et coll., 2007), elle a progressivement développé un tableau douloureux plus global (cf. ci-dessous).

Un doute a plané quant aux séquelles d'un whiplash [...] (stade II selon la Québec task force 16), ce diagnostic ne sera plus retenu. Effectivement, le stade 2 ou WAD II (Whiplash Associated Disorders) très précisément décrit par le Dr R._____ en 2007 [...] correspond à un patient se plaignant de douleurs à son thérapeute qui observe soit une limitation de mouvements, soit des troubles de la sensibilité ou de la force correspondant à l'endroit lésé. C'était le cas pour l'expertisée dans les mois qui ont suivi le traumatisme puis les signes et symptômes se sont amendés.

Au fil des années, hormis les récriminations d'ordre personnelles et les troubles psychologiques largement décrits par les autres experts consultés, Mme P._____ a développé un tableau polyalgique que je décrirai plus avant, celui-ci est différent des observations faites en 2007, entre autres.

L'expertisée mentionne donc des douleurs de la nuque à gauche, de la région de l'épaule gauche et entre les omoplates (Th4-Th6) comme plaintes principales, persistantes. Il y a une discordance entre ces plaintes et les constatations cliniques et radiologiques, à savoir absence totale d'atteinte radiologique correspondante et examen clinique peu relevant (mobilité cervicale préservée avec tout au plus

un peu de douleur en inclinaison, pas de douleur nette à la percussion Th4-Th6, limitation douloureuse et capsulaire de l'épaule gauche). Je retrouve des blocages dysfonctionnels dorsaux de Th2 à Th6, mineurs et séquellaires, ainsi que de arcs costaux associés à gauche.

Ces constatations cliniques ainsi que les lombalgies, s'inscrivent dans un contexte de plaintes dites « algo-dysfonctionnelles », soit de discrets blocages mécaniques douloureux, sans substrat anatomique, neurologique ou radiologique inquiétant associé.

Concernant ce tableau douloureux atypique, il m'est avis qu'il s'inscrit maintenant dans le cadre d'un syndrome fibromyalgique [...] dont les critères de diagnostic sont remplis [...]. Effectivement, selon les nouveaux critères ACR 2010, le score du WPI (Widespread Pain Index) est à 10, celui du SS (Symptom Severity Scale Score) à 8, donc remplissant les critères pour poser le diagnostic de syndrome fibromyalgique [...]

Si l'on s'en réfère aux critères ACR de 1990 l'expertisée remplissait également des critères net pour un diagnostic positif avec plus de 11 points/18 douloureux à la palpation légère et signes du retrait, troubles du sommeil et fatigue.

Le questionnaire de mesure de l'impact de la fibromyalgie [...], Annexe 1 également été rempli avec l'expertisée, son analyse révèle un score de 66/100, donc préoccupant quant à un significatif impact du syndrome fibromyalgique sur la qualité de vie de l'expertisée.

Les plaintes de l'expertisée s'inscrivent donc dans un cadre de douleurs mécaniques, « algo-dysfonctionnelles », associées à des plaintes somatiques, sans substrat anatomique ou radiologique y relatif, permettant ainsi le diagnostic de syndrome fibromyalgique. Ce syndrome est connu pour être associé avec nombre de troubles fonctionnels et antécédents personnels marquants (deuils, viol, violence, etc.), ce qui est hélas le cas de l'expertisée (cf. antécédents). Diverses études Tableau 2 ont tenté de classifier les signes et symptômes de cette entité nosologique complexe, une origine centrale n'est actuellement pas formellement exclue. Le mauvais vécu de l'accident du 8.12.2006 et de ses suites va également dans le sens de l'affirmation du diagnostic, on peut alléguer que des facteurs extrinsèques (biologiques et psychosociaux) entraînent une altération de la perception de la douleur et des modifications neurophysiologiques. Concernant les violences et abus sexuels dans l'enfance (d'ailleurs fréquemment évoqués dans les anamnèses de fibromyalgiques), il est dit qu'ils engendreraient une vulnérabilité accrue et une évolution vers le syndrome fibromyalgique [...].

Comme précédemment développé, l'absence de relation « anatomo-clinique » et ou radiologique pour étayer l'origine prouvable des plaintes s'inscrit dans le cadre de ce syndrome compliqué. Les douleurs séquellaires liées à l'accident ne sont pas remises en question, mais bien évidemment limitées dans le temps, donc n'expliquant actuellement pas la persistance de certaines d'entre elles actuellement.

Il n'est pas du ressort du rhumatologue de se prononcer quant à l'existence d'un trouble somatoforme douloureux persistant, même si ce diagnostic peut s'apparenter aux signes et symptômes d'un syndrome fibromyalgique[...] les divers experts psychiatres se sont prononcés à cet effet.

Bien qu'ayant été interpellé par le discours très riche et imagé de l'expertisée, ainsi que sa plus qu'apparente souffrance personnelle (tristesse, révolte et pleurs fréquents), il n'est pas dans mes attributions de me prononcer sur son état psychique actuel et surtout pas son diagnostic sur le plan psychiatrique.

L'expertisée a malgré tout des ressources pour tenter de se rééduquer, elle va à la piscine, fait du Tai Chi ; une future prise en charge pluridisciplinaire, stationnaire, en milieu thermal par exemple pourrait être proposée. Dans ce cadre, une optimisation du traitement antalgique pourrait être tentée (à l'exclusion d'actes d'antalgie interventionnelle) ».

Compte tenu de ce qui précède, le docteur Q. _____ a constaté que, d'une part, les cervicalgies décrites par le docteur R. _____ en 2007 s'étaient amendées et que, d'autre part, les scapulalgies actuellement décrites et observées (limitations d'amplitudes et douleurs) étaient plus conséquentes que lors des deux autres évaluations. Les lombalgies mécaniques (douleurs locales énoncées et à la palpation) persistaient depuis 2007. L'expertisée décrivait les genoux et les chevilles comme douloureuses, ce qui ne ressortait pas des précédentes évaluations. L'examen clinique était rassurant (aucune limitation douloureuse des chevilles, uniquement une gêne fémoro-patellaire [rotule] à la palpation pouvant toutefois engendrer des douleurs à la descente, par exemple). S'agissant de l'évolution de l'état de santé dans le temps, il y avait plusieurs phases, soit une phase post-traumatique jusqu'à la fin de la rééducation à la Clinique [...] (mi 2007), suivie assez rapidement d'une phase d'amélioration lentement progressive lors de la prise en charge à la Clinique K. _____ en 2008, puis une réaggravation et chronicisation progressive des plaintes dans les années qui avaient suivi ; il n'était pas possible de donner plus de précision sur les dates. Les limitations de la capacité de travail découlaient essentiellement de limitations des mouvements de l'épaule gauche et, dans une moindre mesure, du rachis cervical inférieur gauche ; les limitations d'usage concernant une sur-sollicitation du rachis dorsolombaire entraient en ligne de compte dans une mesure modérée. Par exemple, l'activité de vendeuse en confection n'était plus exigible pour ces raisons (ports de charges en dessus de l'épaule, porte-à-faux, stations debout prolongées, etc.).

Dans une activité adaptée, l'expert estimait la capacité résiduelle de travail à « 80%, avec un rendement diminué de 30% (fatigabilité accrue, douleurs, etc.) ». Sur demande, l'expertisée ne se voyait pas exercer une activité, même adaptée, à plus de 30%. Les limitations avaient en fait peu évolué depuis le mois de juillet 2007, seule l'appréciation de la capacité de travail différant un peu sur le plan rhumatologique en raison de la multitude des plaintes et surtout leur chronicisation. La situation clinique s'était progressivement cristallisée vers un processus de chronicisation sans qu'il soit possible de certifier des dates précises d'aggravation. Il estimait le début de la limitation de la capacité de travail de 20% (avec diminution de rendement de 30%) à l'année 2008.

Le docteur Q._____ a considéré n'avoir pas, à strictement parler, de divergence d'appréciation par rapport aux médecins de la Clinique [...]. Par rapport aux évaluations précédentes, telles que résumées dans le rapport d'examen du SMR du 23 mars 2009, l'état de santé avait évolué vers une aggravation des limitations de l'épaule gauche et une modification des plaintes cervicales. Se référant au rapport du 23 mars 2009, dans lequel une chronicisation des douleurs et un trouble dysthymique étaient évoqués, le docteur Q._____ a confirmé « la chronicisation et son aggravation (syndrome fibromyalgique) », sans se prononcer sur l'état thymique de la patiente, les experts psychiatres s'étant exprimés sur ce point.

d) Les parties se sont déterminées sur les expertises des docteurs V._____ et Q._____. L'intimé a demandé que les docteurs V._____ et C._____ puissent présenter leurs observations sur les critiques formulées par le docteur???._____ à propos de leurs constatations. Pour sa part, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, « uniquement dans l'hypothèse où les conclusions des Dr???._____ et Q._____ ne seraient pas retenues ». Elle a également requis une audience de débat publics.

Par acte du 25 novembre 2014, le tribunal a rejeté les demandes d'instruction complémentaire. Le 12 février 2015, il a tenu une audience de débats publics.

E n d r o i t :

1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA (et 69 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20] dans le domaine de l'assurance-invalidité). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). Cette loi attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à une rente d'invalidité.

3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes :

- sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ;

- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins.

La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité, à savoir un quart de rente pour un taux d'invalidité de 40% au moins, une demi-rente pour un taux d'invalidité de 50% au moins, trois quarts de rente pour un taux d'invalidité de 60% au moins, et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI)

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 - partiellement applicable dans la présente procédure, eu égard au fait que le droit à la rente litigieuse a pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) -, l'art. 28 al. 1 LAI prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, à trois quart de rente s'il était invalide à 60% au moins et à une rente entière pour un taux d'invalidité de 70% au moins (RO 2003 p. 3844). Par ailleurs, d'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40% au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449).

b) aa) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalide). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée, en dérogation à la méthode ordinaire de comparaison des revenus, en fonction de l'incapacité d'accomplir leurs travaux habituels. Par travaux habituels des personnes travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. C'est la méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité (art. 8 al. 3 LPGA, 28a al. 2 LAI, 27 RAI).

cc) L'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ; s'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels, et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI).

dd) Nonobstant les termes utilisés aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de la personne assurée. Il s'agit plutôt de déterminer si elle exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (cf. ATF 133 V 504 consid. 3.3 p. 507 sv., 125 V 146 consid. 2c p. 150, 117 V 194).

4. L'intimé a constaté que sans atteinte à la santé, le recourante exercerait une activité lucrative à 80% et qu'elle consacrerait 20% de son temps à ses activités ménagères. Il n'y pas lieu de revenir sur cette constatation, compte tenu du rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 juin 2009. La recourante ne la conteste d'ailleurs pas.

Il convient par conséquent de procéder à une évaluation mixte de l'invalidité.

5. Dans la décision litigieuse, l'intimé a considéré que la recourante avait présenté une incapacité de travail significative depuis l'accident du 8 décembre 2006. Au terme du délai d'attente d'une année prévu par l'art. 29 LAI, tel qu'en vigueur à l'époque, elle présentait encore une incapacité de travail de 50% dans son activité professionnelle habituelle, l'empêchement à exercer ses activités non lucratives étant de 11,4%. Par la suite, son état de santé s'était amélioré et lui permettait la reprise de son activité professionnelle habituelle à 80%, dès le 1^{er} novembre 2008. L'intimé a nié toute incapacité de travail en raison d'atteinte à la santé psychique, en se référant sur ce point à l'expertise établie le 24 janvier 2011 par le docteur C._____.

Pour sa part, la recourante a soutenu dans son recours qu'elle présentait des atteintes à sa santé psychique l'empêchant de reprendre une activité professionnelle à plus de 30%. Elle s'est référée, sur ce point, aux constatations du docteur???._____ dans son rapport du 11 février 2010. Elle a contesté la valeur probante de l'expertise du docteur C._____ et souligné que la Cour des assurances sociales avait considéré, dans son arrêt du 5 mai 2011 sur le recours contre une décision de la CNA, que le rapport du docteur???._____ du 11 février 2010 était probant.

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

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

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

b) Dans son arrêt du 5 mai 2011, la Cour de céans a constaté que le rapport établi par le docteur???._____ en date du 11 février 2010 remplissait les critères jurisprudentiels pour se voir accorder une valeur probante. Celui-ci faisait état d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et d'un état de stress post-traumatique en rémission. Il permettait d'établir que les troubles psychiques avaient eu une importance prédominante dans l'évolution de l'état de santé de la recourante. La Cour ne s'est pas prononcée sur l'influence de ces troubles sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, elle n'avait pas connaissance de l'expertise du docteur C._____ du 24 janvier 2011, que la recourante ne lui a pas communiqué spontanément.

Le recours contre la décision de l'OAI du 24 mars 2011 est parvenu au tribunal le 10 mai 2011, soit postérieurement à l'arrêt du 5

mai 2011. L'expertise établie par le docteur C._____ faisait partie du dossier de l'intimé, remis avec la réponse au recours. Dans la mesure où elle remplissait elle aussi les conditions formelles posées par la jurisprudence relative à l'appréciation de la valeur probante d'un rapport médical, le tribunal n'avait pas de motif de l'écarter d'emblée. En l'absence d'élément permettant de départager clairement les deux expertises figurant au dossier, le tribunal a ordonné une expertise judiciaire afin de clarifier les faits. A cet effet, il a mandaté le docteur V._____, qui a établi un rapport d'expertise pleinement convaincant, sur lequel il convient de se fonder. Le docteur V._____ explique notamment pour quels motifs il s'écarte des constatations du docteur???._____ et rejoint plutôt l'appréciation posée par le docteur C._____. Contrairement à ce que soutient le docteur???._____ dans sa détermination du 5 mai 2014 à Me Venturelli, le docteur V._____ a pris en considération, dans sa réflexion, les interactions entre la personne expertisée et lui-même, ainsi que les facteurs motivationnels à l'œuvre chez l'expertisée. En témoignent notamment la description de ces interactions dans le compte-rendu des deux entretiens qu'il a eus avec l'expertisée. Le fait que l'expert n'ait pas expressément évoqué les questions liées aux mécanismes de défense, au transfert et au contre-transfert, ne permet pas de conclure qu'il aurait négligé de tenir compte de ces mécanismes. Par ailleurs, le docteur V._____ ne s'est pas limité au diagnostic pour évaluer la capacité de travail de la personne expertisée et, nonobstant l'opinion du docteur???._____, a dûment intégré l'évolution de l'expertisée, les nombreuses atteintes narcissiques et la mobilisation répétée d'énergie vitale pour refaire surface. Il ne s'est pas appuyé essentiellement, voire exclusivement, sur son observation du moment, malgré la phrase dans ce sens - tirée hors de son contexte - figurant à la fin de la page 30 du rapport d'expertise. Cette phrase est en effet immédiatement suivie de références aux constatations des autres médecins consultés précédemment, en particulier celles du psychiatre du Centre romand de réhabilitation (Dr H._____, consilium psychiatrique du 6 juin 2007) ainsi qu'aux premières constatations du psychiatre traitant, puis d'une référence aux fluctuations thymiques décrites « tout le long du dossier » (voir le rapport d'expertise du docteur V._____, p. 30 sv.). La partie

discussion s'appuie d'ailleurs largement sur l'analyse de l'évolution des troubles de l'assurée depuis l'accident subi en 2006, tels que décrits par l'assurée elle-même, d'une part, et par les médecins consultés, d'autre part. A cet égard, l'expert explique en particulier ce qui suit : « les fluctuations thymiques ont été décrites, à intensité variable, parfois avec des pics jusqu'à un état dépressif de moyenne intensité (hospitalisation), mais il n'y a pas de notion plus sévère. De ce fait, nous avons conclu, pour notre part, qu'il y a eu dans le passé, entre 2006 et 2012, dans la plus grande partie, des moments de diagnostic de dysthymie en vigueur. Il résulte pour nous, mis à part la période d'hospitalisation, qu'il n'y a pas eu d'incapacité de travail liée à l'état psychique proprement dit ».

La recourante fait encore grief au docteur V._____ de ne pas avoir discuté l'avis divergent émis par le docteur???._____. C'est toutefois inexact, puisque le docteur V._____ observe expressément que la divergence entre les experts précédemment consultés porte surtout sur la gravité de l'état dépressif, voire dysthymique de la recourante et qu'il a ensuite exposé aussi précisément que possible ses observations sur ce point (p. 27 sv. de l'expertise). Il a également souligné l'absence de dosage médicamenteux de l'antidépresseur par les experts précédents, le niveau sérique constaté dans l'analyse qu'il avait pour sa part requise démontrant un niveau sérique insuffisant pour être thérapeutique.

Au vu de ce qui précède, il convient de constater, en se fondant sur l'expertise établie par le docteur V._____, que la recourante présente une dysthymie, un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique significative et une accentuation de certains traits de personnalité, dans le sens histrionique, immature. Ces atteintes n'entraînent pas d'incapacité de travail significative durable et n'en ont pas entraîné entre 2006 et la date de la décision litigieuse (sur l'absence d'incapacité de travail en rapport avec le trouble somatoforme douloureux, cf. également consid. 7 ci-après). Une nouvelle expertise ou d'autres mesures d'instructions ne sont pas nécessaires pour statuer sur ce point, de sorte que les réquisitions de preuves présentées dans ce sens par les parties sont rejetées.

7. a) Dans le rapport établi le 16 juillet 2007, après un séjour de la recourante à la Clinique [...], les docteurs X._____ et [...] ont constaté que l'accident du 8 décembre 2006 avait entraîné une fracture de l'arc latéral de la 6^{ème} côte gauche, une fracture mineure de D5 et une éventuelle fracture mineure du plateau supéro-antérieur de D2. Les investigations entreprises ne montraient aucune lésion pouvant expliquer les douleurs alléguées par l'assurée. Du point de vue médical, l'incapacité de travail totale n'était plus justifiée. Les docteurs X._____ et [...] reconnaissaient néanmoins une incapacité de travail de 50% (du temps de travail habituel), du 9 au 29 juillet 2007, à réévaluer. Par la suite, le docteur R._____ a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies gauches dans un contexte de séquelles de whiplash de stade II et de stress post-traumatique, ainsi que de dorso-lombalgies dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles. Il a constaté une évolution favorable et a estimé que la reprise du travail dans une activité adaptée serait souhaitable (rapports des 29 novembre 2007, 17 mars et 29 juillet 2008). Enfin, dans un rapport du 1^{er} octobre 2008, le docteur T._____ a constaté qu'une partie des plaintes correspondait à un syndrome post-distorsion cervicale/post-traumatisme crano-cérébral antérieur à l'accident de décembre 2006, mais qu'il n'y avait, du point de vue strictement neurologique, pas d'atteinte entraînant une incapacité de travail significative.

Le docteur V._____ ayant observé, dans son rapport d'expertise du 14 janvier 2013, qu'il n'y avait pas d'évaluation récente de l'état de santé « somatique-arthrosique » de l'assurée, le tribunal a confié au docteur Q._____ le soin d'établir une expertise rhumatologique. Dans son rapport du 14 février 2014, ce dernier a écarté le diagnostic de séquelle d'un whiplash de stade II. Un tel diagnostic pouvait être posé dans les mois qui avaient suivi le traumatisme de décembre 2006, puis les signes et symptômes s'étaient amendés. Le docteur Q._____ a également constaté une discordance entre les douleurs de l'épaule gauche et entre les omoplates - sur lesquelles portaient les plaintes principales de la recourante - et les constatations cliniques et

radiologiques. L'expert a en effet observé l'absence totale d'atteinte radiologique correspondant à ces plaintes et fait état d'un examen clinique peu relevant. Il a constaté des blocages dysfonctionnels dorsaux de Th2 à Th6, mineurs, ainsi que des arcs costaux à gauche. Ces constatations cliniques ainsi que les lombalgies s'inscrivaient dans un contexte de plaintes « algo-dysfonctionnelles », soit de discrets blocages mécaniques douloureux, sans substrat anatomique, neurologique ou radiologique inquiétant associé. Ces constatations sont probantes et il n'y a pas de motif de s'en écarter. Elles ne permettent pas d'établir une incapacité de travail fondée sur un substrat anatomique objectivable, à tout le moins dans une activité physiquement adaptée, permettant à la recourante d'éviter les sollicitations de l'épaule gauche et, dans une moindre mesure, le rachis cervical inférieur gauche, ainsi que la sursollicitation du rachis dorso-lombaire (expertise Q. _____, p. 28).

Malgré ce qui précède, le docteur Q. _____ atteste une incapacité de travail de 80%, avec une diminution de rendement de 30%, y compris dans une activité adaptée, en raison d'une fibromyalgie. Il ne peut être suivi sur ce point, pour les motifs exposés ci-après.

b) Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in : SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279).

Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V

49 consid. 1.2 p. 50). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent 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, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), ainsi que 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 (ATF 130 V 352 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ULRICH MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figurent la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2 p. 50 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2).

c) En l'espèce, le docteur V. _____ a posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Il a procédé à une analyse détaillée de la situation de la recourante, en rapport avec les critères posés par la

jurisprudence mentionnée ci-avant. Il a ainsi nié l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante et constaté que l'affection corporelle chronique était plutôt modeste. Ce dernier point a été confirmé par le docteur Q._____. Contrairement aux griefs émis par le docteur???._____ sur ce point, on ne peut reprocher au docteur V._____ d'avoir relativisé l'importance des manifestations somatiques et neurovégétatives (vertiges, acouphènes, perte de connaissance, migraine, troubles digestifs), en l'absence de substrat anatomique à ces atteintes. Le docteur V._____ a constaté l'absence d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. On observera sur ce point que l'assurée a mentionné avoir une amie de cœur qui lui était très proche et avoir sinon des relations plutôt intrafamiliales, notamment avec ses sœurs ; elle passe ses vacances au [...] dans sa famille, son couple va très bien, et a mentionné divers hobbies (couture, mots croisés, s'occuper d'un chien, cinéma, [...], séries de télévision) ; elle sort prendre l'air, promener le chien, et fait de la gymnastique (Tai-chi). Le docteur V._____ a également observé, dans ses constatations cliniques lors du premier entretien avec la recourante, qu'elle évoquait spontanément un certain nombre d'ouvertures pour les choses de la vie et les plaisirs. Il a nié un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, ainsi que l'échec des traitements conformes aux règles de l'art (les traitements prodigués par le docteur R._____ ayant en particulier contribué à une amélioration). Il a mentionné que l'observance du traitement médicamenteux était insuffisante et a mis en évidence des divergences entre les symptômes décrits et le comportement observé. L'analyse de ces différents points, telle qu'effectuée par le docteur V._____, ne prête pas flanc à la critique.

Pour sa part, le docteur Q._____ n'a pas procédé à cette analyse détaillée, mais s'est limité à constater que le syndrome fibromyalgique avait un impact significatif sur la qualité de vie de l'expertisée, en se référant à un questionnaire relatif aux limitations éprouvées par l'assurée, c'est-à-dire à des critères essentiellement subjectifs. Son appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante ne revêt donc pas, dans ce contexte, la même valeur probante

que celle du docteur V._____, qui a procédé à une analyse sur des constats plus objectifs. Au demeurant, le questionnaire révèle que la recourante s'estime notamment capable de faire les courses ou de conduire une voiture de temps en temps, ou encore de marcher plusieurs centaines de mètres, d'aller voir des amis ou de la famille ainsi que de faire du jardinage la plupart du temps. Cela confirme l'appréciation du docteur V._____ relative à l'absence de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie.

Compte tenu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de constater d'incapacité de travail de la recourante en raison d'une fibromyalgie. Sur ce point, l'appréciation de la capacité de travail résiduelle de la recourante par l'expert Q._____ ne peut être suivie. Au vu de l'analyse à laquelle l'expert V._____ a procédé, en relation avec le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, ainsi que des critères posés par le Tribunal fédéral pour apprécier le caractère raisonnablement exigible d'une reprise du travail dans ces circonstances, une nouvelle expertise n'est pas nécessaire.

8. a) Selon le questionnaire rempli par l'employeur de la recourante le 10 octobre 2007, le salaire horaire qu'elle aurait perçu dans son ancienne activité lucrative, en 2007, était de 19 fr. 47, y compris le droit aux vacances. L'horaire de travail usuel dans l'entreprise était de 41 heures par semaine, soit un total de 2'130 heures par an, en tenant compte d'un treizième salaire, mais en déduisant quatre semaines de vacances par an (41 heures * 4.33 semaines * 12 mois). Cela représente un revenu annuel brut de 41'478 fr. à plein temps et 33'182 fr. 50 à 80%.

b) L'intimé a considéré que la recourante avait présenté une incapacité de travail de 50% dans son activité professionnelle habituelle, du 8 décembre 2007 (échéance du délai d'attente d'une année depuis l'accident) au 1^{er} novembre 2008. Il s'est référé à juste titre au rapport probant des Drs X._____ et [...] de la clinique [...]. Il n'a toutefois pas tenu pris en considération le fait qu'il s'agissait d'une incapacité de travail de 50% du taux d'activité habituel à l'époque (soit un mi-temps), de sorte

que la capacité résiduelle de travail effective de la recourante était de 25% par rapport à une activité exercée à plein temps.

c) L'intimé a constaté, à juste titre, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait augmenté son taux d'activité à 80%. Elle aurait ainsi réalisé un revenu annuel brut de 33'182 fr. 50 en 2007 (cf. supra consid. 8a). Pour une capacité résiduelle de travail de 25%, son revenu d'invalidé doit donc être fixé à 10'369 fr. 55 pour la même période ($[(33'182 \text{ fr. } 50 / 80 * 100) * 25\%]$), soit une diminution de 68.75% de la capacité de gain de la recourante (soit $[(33'182,50 - 10'369,55) / 33'182,50] * 100$).

Dès le 1^{er} novembre 2008, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En l'absence de reprise effective d'une telle activité, il convient d'établir sa capacité résiduelle de gain en se référant à l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2008. En l'absence de formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347), soit un revenu mensuel brut de 4'116 fr. par mois (49'392 fr. par an ; source : Office fédéral de la statistique, Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, publiée en ligne sous www.ofs.admin.ch). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération (41.6 heures/semaine ; source : Office fédéral de la statistique, Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, publié en ligne sous www.ofs.admin.ch). Par ailleurs, la personne assurée peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). En l'occurrence, en procédant conformément à cette méthode, on

constate que depuis le 1^{er} novembre 2008, la capacité résiduelle de gain de la recourante n'est pas diminuée en dépit des limitations fonctionnelles constatées.

9. a) En se fondant sur l'enquête économique sur le ménage, réalisée le 3 juin 2009 à sa demande, l'intimé a constaté un empêchement de 11,4% de la recourante à exercer ses activités non professionnelles habituelles. La recourante conteste cette évaluation, en se fondant principalement sur l'appréciation du docteur???._____, dont on a vu qu'elle ne pouvait pas être suivie. Le recourante soutient également que l'enquêtrice n'a pas pris en considération les atteintes à la santé physique, ayant mentionné des points d'interrogation sous la rubrique relatives aux limitations découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'en reste pas moins que l'enquêtrice a tenu compte des limitations d'origine physique alléguées par la recourante, en particulier toutes les tâches physiquement plus lourdes, pour lesquelles elle a admis un empêchement de l'ordre de 20%, étant toutefois admis que l'époux de la recourante et sa fille pouvaient lui apporter leur aide (sur l'obligation de diminuer le dommage, cf. notamment TF 9C_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.2 et la référence). Il n'y a donc pas lieu de s'écarter des résultats de cette enquête.

b) Compte tenu d'une incapacité de 11,4% à exercer ses tâches non professionnelles habituelles, et de la diminution de la capacité de gain de 68,75% admise pour la période du 8 décembre 2007 au 31 octobre 2008 (consid. 8c ci-avant), la recourante a présenté un taux d'invalidité global de 57,30% ($[68.75 * 80\%] + [11,4 * 20\%]$) lui ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 LAI).

c) Pour la période courant dès le 1^{er} février 2009, la recourante ne présentait plus de diminution de sa capacité de gain, depuis trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), et voyait sa capacité à exercer ses activités non professionnelles de 11,4%, de sorte que l'intimé a mis à

juste titre fin au droit aux prestations, le taux d'invalidité étant devenu inférieur à 40% et n'ouvrant donc plus droit à une rente.

10. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision rendue par l'OAI le 24 mars 2011 étant réformée en ce sens que la recourante a le droit à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 janvier 2009.

b) La recourante qui obtient partiellement gain de cause a le droit à des dépens réduits fixés à 2'500 fr. vu l'importance du litige et mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

c) Les frais de justice, par 400 fr., sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 49 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est partiellement admis.
- II.** La décision rendue le 24 mars 2011 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que P._____ a le droit à une demi-rente d'invalidité pour la période du 1^{er} décembre 2007 au 31 janvier 2009.
- III.** Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

IV. P._____ a le droit à des dépens réduits fixés à 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs), à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour P._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :