

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 février 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

S. _____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

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

Art. 6, 7, 8, 17 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1, 28 al. 2, 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, employée en qualité de représentante en cosmétiques par U._____ SA, a été victime d'un accident de circulation le 25 mars 2007, ensuite duquel elle a sollicité des prestations auprès de la D._____, assurance-accidents de son employeur (ci-après : la D._____).

En date du 28 janvier 2008, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant valoir l'existence d'une atteinte à la colonne cervicale ayant entraîné une incapacité totale de travail du 25 mars 2007 au 1^{er} juin 2007, puis de 40 %.

Du dossier produit le 29 janvier 2008 par la D._____ auprès de l'OAI, il sera retenu les rapports médicaux suivants :

- un rapport IRM du 5 avril 2007 du Dr H._____, concluant à des troubles statiques, une rectitude de C2 à C7, un pincement inter-somatique, un minime débord discal au niveau C5-C6, non constitutif d'hernie ou de protrusion, un minime débord ostéophyttaire au niveau C3-C4 et C4-C5 à droite et C6-C7 à gauche avec rétrécissement du 7^e trou de conjugaison gauche, à l'absence de séquelles de la fracture de l'atlas et de l'axis subie par le passé.

- un rapport du 20 avril 2007 du Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, lequel, en relation avec la collision, pose le diagnostic de distorsion traumatique cervicale, rapporte que sa patiente a ressenti dans un premier temps une dyspnée, une sub-occlusion nasale droite puis gauche, une diminution de la conscience, de l'étourdissement et des douleurs de la nuque et de la base du crâne, mentionne encore une épistaxis pendant deux jours et quelques mouvements convulsifs du pied droit, des nausées ainsi que des troubles de l'équilibre et de la perception du temps lors de l'hospitalisation, et enfin

atteste d'une totale incapacité de travail dès le 25 mars 2007 et pour une durée d'environ deux mois.

- un rapport du 10 juillet 2007 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, relatif à un électroencéphalogramme révélant un tracé normal, sans foyer d'ondes lentes, ni élément de la série comitiale, les « blancs » décrits par l'assurée relevant des troubles de la concentration et de l'attention survenant quelques mois après le genre d'accidents dont elle avait été victime.

- un rapport d'expertise pluridisciplinaire du Centre B._____ du 25 janvier 2008, signé des Drs K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, L._____, spécialiste en neurologie et V._____, neuropsychologue, le mandat conféré par l'assureur-accidents étant axé sur la relation de causalité et la stabilisation de l'état de santé.

Les experts du Centre B._____ ont réalisé cette expertise les 3 octobre et 27 novembre 2007 sur la base du dossier de l'assureur-accidents, notamment des rapports médicaux et examens radiologiques, ont recueilli les données subjectives de l'assurée, les éléments d'antécédents médicaux et l'anamnèse. Sur ce point, ils ont notamment relevé ce qui suit :

« Madame S._____ estime que son moral va assez bien, "comme tout le monde". Elle mentionne avoir eu une grande histoire d'amour qui vient de se terminer. Elle avait repris cette histoire après un an de séparation, pour la terminer. Elle vit seule, "on se retire quand on a mal ». Elle n'a cependant pas de difficulté de contact, elle a une vie sociale, des amis, elle a la peinture, la lecture, le cinéma, elle a confiance en elle, une bonne image d'elle-même. Elle se décrit malgré tout comme de nature bileuse,... ".

Les experts ont également procédé à des examens somatiques et psychiatriques, puis à une discussion pluridisciplinaire. Leur conclusion a la teneur suivante :

« Mme S._____ est une assurée souffrant suite à deux événements accidentels préalables (1974 et 1996) de cervico-céphalo-facialgies chroniques surchargées de crises douloureuses aiguës durant 3 à 4 jours. Suite à un nouvel événement accidentel intervenu le 25.3.2007, Mme S._____ s'est

plainte de l'exacerbation des douleurs préalables se compliquant de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de difficultés attentionnelles/gestionnelles. Elle signale également une fatigue et une fatigabilité entraînant une perte de rendement. Mme S. _____ travaille actuellement à 60 % dans l'activité exercée préalablement.

En résumé, l'examen somatique révèle une limitation modérée de la mobilité de la nuque avec des muscles paracervicaux restant bilatéralement contracturés et un peu sensibles ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicorporelle gauche.

L'examen neuropsychologique révèle des troubles neuropsychologiques discrets dont l'importance exacte est rendue difficilement appréciable par les comportements démonstratifs perturbant la réalisation ainsi que l'appréciation exacte des résultats.

Sur le plan psychique, il existe des facteurs de comportement évoquant un syndrome histrionique expliquant au moins en partie l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail.

La relecture des documents radiologiques ne révèle actuellement pas de lésion post-traumatique significative et met en évidence des troubles statiques et dégénératifs cervicaux pluri-étagés.

[...]

Sur la base de la description des troubles, du résultat des examens cliniques et des examens complémentaires, l'accident du 25.3.2007 a très vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force sans traumatisme crânio-cérébral même mineur associé et sans atteinte majeure du système locomoteur et nerveux, l'hypoesthésie tactile et douloureuse constatée actuellement à l'examen neurologique étant à considérer comme subjective dans le contexte global et en l'absence d'autres signes clairement indicateurs d'une atteinte du système nerveux central.

[...]

Les atypies mises en évidence à l'examen clinique (hémisyndrome sensitif gauche), les constatations faites lors de l'examen neuropsychologique ainsi que la personnalité de la patiente mise en évidence à l'examen psychiatrique permettent de conclure qu'il existe indubitablement des éléments de surcharge psychogène indépendants de l'événement accidentel jouant un rôle non négligeable dans la persistance et surtout dans l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail.

[...]

Sur le plan de la capacité de travail, nous admettrons pour le moment une capacité de travail de 60 % dans l'activité exercée préalablement. Si l'on se base sur l'évolution habituelle du type de traumatisme subi par Mme S. _____ le 25.3.2007, une pleine capacité de travail devrait néanmoins être retrouvée au terme d'une période de un an et au maximum de deux ans. »

Le 9 février 2008, l'assurée a signifié à l'OAI qu'elle travaillerait à 100 % si son état de santé le lui permettait.

Dans un rapport médical du 14 mars 2008 à l'OAI, le Dr I._____ a attesté une incapacité de travail de 40 % depuis le 2 juin 2007, l'inexigibilité de l'activité professionnelle habituelle, une capacité de travail quotidienne de plus ou moins 6 heures, avec diminution de rendement de 50 % dans une activité adaptée, soit évitant le stress et les déplacements fréquents. Il suggérait par ailleurs un avis d'expert. Le Dr I._____ a également communiqué à l'OAI un rapport du 19 novembre 2007 du service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois, signé du Dr P._____, spécialiste en neurologie, lequel observait que l'examen neurologique ne montrait que de discrets troubles de la sensibilité à l'hémicorps droit d'allure fonctionnelle et dégénératifs. L'IRM cervical du 5 avril 2007 ne révélait que de discrets troubles dégénératifs. Ces deux examens ne permettaient pas d'expliquer la persistance des douleurs et l'importance de celles-ci laissaient suspecter un trouble somatoforme douloureux. Le Dr P._____ posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique suite à trois traumatismes cervicaux.

Dans son rapport à l'OAI du 23 avril 2008, l'employeur a indiqué avoir licencié l'assurée avec effet au 31 mai 2008. Ce document faisait état d'une activité à 50 % du 27 octobre 2006 au 8 décembre 2006, à 100 % du 3 janvier au 5 février 2007 ainsi que du 25 mars au 31 mai 2007, puis à 40 % du 1^{er} juin 2007 au 31 mai 2008. Le salaire mensuel brut s'élevait à 4'304 fr. 75 depuis le 1^{er} mars 2008 et aurait été d'environ 96'000 fr. pour l'année 2008 sans atteinte à la santé.

Par communication des 19 et 30 mai 2008, l'OAI a accordé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un cours de formation.

Dans un rapport du 4 juin 2008, le Dr G._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu à titre d'atteinte principale à la santé un syndrome cervical

modéré et un hémisyndrome sensitif subjectif post-traumatique, avec une incapacité de travail de 100 % du 25 mars 2007 au 1^{er} juin 2007, de 40 % depuis le 2 juin 2007, soit une capacité de travail exigible de 60 % dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée, avec pour limitations fonctionnelles une fatigabilité et une diminution de la résistance au stress. Relevant l'existence de trois traumatismes cervicaux entre 1974 et 2007 et se ralliant à l'expertise du Centre B._____, ce praticien a retenu en particulier ceci :

« Compte tenu des limitations fonctionnelles, je ne pense pas que cette capacité de travail serait supérieure dans une autre activité. Comme le médecin traitant, je suis surpris par le fait que cette assurée puisse faire son 60 % réparti sur 3 jours, avec parfois des journées longues (trajet en voiture jusqu'au Tessin et de retour). Il me semble qu'une activité réduite en heures par jour serait mieux adaptée à la problématique médicale.

Il est important de refaire le point de la situation au printemps 2009 comme proposé par les experts, en particulier sur cet aspect de la répartition du travail sur la journée et la semaine, et d'examiner la question de l'exigibilité. »

Le 6 juin 2008, le Dr I._____ a adressé un rapport à la D._____ mentionnant une incapacité totale de travail dès le 23 mai 2008 et à tout le moins jusqu'au 30 septembre 2008. Sa patiente se plaignait de douleurs chroniques irradiantes vers la tête et la face, parfois accompagnées de troubles de la concentration, de la mémoire de l'attention et d'une fatigabilité ainsi que de myalgies des extrémités, dites douleurs la rendant incapable de continuer un travail qui la stressait trop. Objectivement, le Dr I._____ relevait une sensibilité de la palpation de la 2^e vertèbre avec fréquentes myogéloses.

En date du 10 juillet 2008, l'OAI a reçu de l'assurée un rapport du 18 juin 2008 du Prof. F._____ exerçant après du Département [...] du centre [...], lequel avait procédé en date du 4 juin 2008 à un IRM cérébral sur la personne de l'assurée, sans injection de contraste et en appliquant la technique selon les séquences ainsi qu'avec tenseur de diffusion. Ce rapport concluait à une atteinte de la partie antérieure du corps du trigone sur toute sa largeur, une lésion bilatérale de moyenne importance de la partie interne et postérieure des deux cingulum, diverses atteintes

pluriséquentielles du corps calleux, une atteinte des noyaux de la base d'aspect multiforme, une petite lésion temporale inféro-antérieure droite séquellaire touchant la région cortico-sous-corticale des 2^e et 3^e circonvolutions temporales, une raréfaction d'intensité moyenne bilatérale prédominant à droite, des fibres blanches de la partie postérieure des deux faisceaux arqués, décelée par le tenseur de diffusion, une atrophie corticale séquellaire d'intensité moyenne, et une petite plage lésionnelle séquellaire post-traumatique.

Par communication du 21 juillet 2008, l'OAI a signifié à l'assurée qu'elle n'avait pas droit à des mesures de réadaptation.

Dans un rapport du 19 mai 2009 à l'OAI, le Dr I._____ a rappelé les diagnostics de fracture de l'atlas en 1974, de l'axis en 1996 et mentionné ceux de décompensation des douleurs dans la nuque en 2007, de réaction traumatique et de burn out. Il relevait une douleur chronique cervicale avec instabilité musculaire profonde, d'une intensité telle qu'elle entraînait chez sa patiente une diminution de la capacité de concentration et des performances physiques. Son pronostic était réservé en ce sens qu'une diminution des symptômes était possible à condition que l'assurée puisse se ménager d'une manière suffisante durant environ deux ans. Il précisait encore que sa patiente ne souhaitait pas être suivie par un psychologue ou un psychiatre et que la chronicité de ses douleurs, assorties de symptômes du système nerveux autonome empêchait toute activité du point de vue médical. Sa patiente présentait des troubles variables de la concentration et de fixation de la mémoire et imaginait reprendre le travail ultérieurement d'ici deux ans à un taux de 50 % au plus.

Le Dr I._____ a simultanément produit un rapport de consilium du 24 mars 2009 du Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne générale et SAMM en médecine manuelle, lequel après deux examens cliniques de l'assurée, a notamment observé ce qui suit :

« Je suis surpris de constater que les plaintes protéiformes que décrit la patiente n'ont finalement que peu de répercussions sur le plan fonctionnel au niveau de la colonne cervicale, compte tenu d'au moins 2 accidents antérieurs importants. La limitation de la latéroflexion droite en C1-C2 est fréquente lors d'une lésion du ligament alaire puisque la rotation forcée de C2 par l'intermédiaire de ce ligament n'est plus possible. La palpation du rachis cervical est plutôt rassurante tant au niveau articulaire que musculaire.

[...]

Un bilan neuropsychologique pourrait être utile de manière à apporter une appréciation quantitative et montrer l'évolution par rapport au premier examen effectué. Cet examen pourrait être éventuellement couplé avec un examen psychiatrique car les plaintes décrites et les réflexions de la patiente se portent bien au-delà de séquelles d'accidents mais bien sur un parcours de vie d'une personne que je qualifierais d'hyperadaptée, fragile, et qui suite à un événement extérieur involontaire profite d'échapper à une existence qui ne lui convenait pas.

Je n'ai pas de suggestion à apporter au traitement médicamenteux actuel, la patiente a d'ailleurs spontanément arrêté tous les anti-dépresseurs qu'elle rend paradoxalement responsables d'une partie de ses symptômes.

En conclusion, je dirais qu'il m'apparaît que les plaintes douloureuses multiples qu'exprime la patiente sont la manifestation d'une souffrance plus importante au niveau existentiel et ne me semblent pas rattachées à des lésions organiques définies, comme en témoigne la discordance considérable entre les plaintes et les résultats de l'examen clinique.

En l'absence de désordre fonctionnel important et compte tenu des antécédents traumatiques peu clairs, je pense qu'il n'y a pas de justification pour un traitement de médecine manuelle. »

Le Dr I. _____ a encore produit un rapport du 6 mai 2009 du Dr R. _____, radiologue auprès de [...], relatif à un « [...] des CCJ und der HWS [vertèbres cervicales] » pratiqué le 4 mai 2009, concluant à l'absence d'atteinte morphologique visible des membranes et ligaments crânio-cervicaux. Etaient en revanche visibles les signes d'une involution et d'une stéatose de la musculature cervicale profonde entre C0 et C3 (M. multifidi), caractéristique d'un traumatisme de Whiplash selon Elliott, ainsi que d'une ostéochondrose prononcée de C4 à C7. Il n'existait ni instabilité, ni compression des structures neuronales (texte original : « Morphologisch fassbare Schäden der craniocervicalen Membranen und Ligamente lassen sich nicht feststellen, allerdings sieht man Zeichen einer Involution und Steatose der tiefen cervicalen Muskulatur zwischen C0 und C3 (M. multifidi), was laut Elliott ein spezifisches Zeichen eines Whiplash-Traumas

darstellt. Ferner liegen ausgeprägte Osteochondrosen C4 bis C7 vor. Keine Instabilität, keine Kompression neuraler Strukturen »).

Le 9 juin 2009, la D. _____ a informé l'OAI de la prise en considération d'une incapacité de travail à 100 % du 26 mars 2007 au 31 mai 2007, de 40 % du 1^{er} juin 2007 au 22 mai 2008 et de 100 % du 23 mai 2008 au 14 juin 2009. Elle a simultanément produit une nouvelle expertise du Centre B. _____ du 5 juin 2009 et copie de son courrier du 9 juin 2009 au conseil de l'assurée précisant avoir mis un terme aux prestations à la date de l'examen de l'assurée par les experts, soit le 11 mars 2009, à l'exception de l'indemnité journalière versée jusqu'au 14 juin 2009.

L'expertise précitée a été réalisée par les Drs T. _____, spécialiste en psychiatrie, et L. _____, ainsi que par le neuropsychologue V. _____. Les experts ont complété le dossier médical en tant qu'il concernait les deux accidents antérieurs de la circulation, ont synthétisé la situation médicale, recueilli les données subjectives, dont il ressort notamment que l'expertisée ne pensait pas souffrir d'un trouble psychique et précisait que son psychisme représentait son point fort. Elle ressentait néanmoins une tristesse légère et surtout un sentiment de découragement en lien avec ses douleurs. Elle se disait incapable de faire quoi que ce soit dans les activités de la vie quotidienne si les douleurs étaient trop fortes. Elle pouvait assumer cependant ses tâches administratives. Les experts ont également établi l'anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle, procédé aux examens cliniques neurologique, psychique et neuropsychologique, avant synthèse et discussion. Posant les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force intervenue le 25 mars 2007 et de traits de personnalité histrionique, les experts ont discuté ainsi la situation prévalant à la date de l'examen du 11 mars 2009 :

« Rappel de l'histoire médicale :
[...]

Le 25.03.07, en tant que passagère d'un taxi en Allemagne, Mme S. _____ a été victime d'un nouvel accident ayant comporté une collision au cours de laquelle une translation passive, moyennement brutale de la tête par rapport à la colonne

cervicale, en position de légère rotation initiale vers la droite avait eu lieu. L'assurée ne décrivait pas à l'époque d'amnésie circonstancielle ni de perte de connaissance.

Dans les suites immédiates de l'événement accidentel du 25.03.07, Mme S._____ va tout d'abord noter des difficultés respiratoires, une impression de faiblesse généralisée des membres supérieurs et inférieurs avec des mouvements incontrôlés des quatre extrémités. Les troubles susmentionnés vont rapidement régresser pour laisser persister des cervico-céphalalgies aggravées par rapport à la situation pré-traumatique du 25.03.07, avec des douleurs s'accompagnant de troubles neuropsychologiques sous forme de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une sensation d'être hors du temps.

Les examens complémentaires pratiqués dans les suites de ce troisième événement accidentel comportant des radiographies standards et IRM ne démontreront pas de lésion traumatique importante, révélant la persistance de troubles statiques et dégénératifs pluriétagés.

En raison des troubles précités, Mme S._____ bénéficiera de nombreux traitements antalgiques et physiques. Sous les traitements précités, l'évolution initiale sera moyennement favorable avec régression des douleurs et des troubles neuropsychologiques autorisant une reprise de l'activité professionnelle préalable à 60 %, quoiqu'avec difficultés.

En raison de la persistance des troubles susmentionnés, une deuxième expertise sera pratiquée au Centre B._____ les 3 octobre et 27 novembre 2007 avec un rapport à l'adresse de la D._____ en date du 25 janvier 2008.

Lors de l'expertise susmentionnée, bien qu'admettant une nette amélioration de la situation par rapport aux plaintes immédiatement post-traumatiques, Mme S._____ se plaignait de la persistance d'un fond douloureux cervico-facio-mandibulaire constant, se compliquant d'accès algiques aigus d'une durée de quelques jours survenant à une fréquence variable (météo dépendante) à raison de plusieurs épisodes par mois. Mme S._____ se plaignait également de la persistance de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de difficultés de gestion pour se situer dans le temps. Persistait également une fatigue et une fatigabilité.

En raison des troubles susmentionnés, Mme S._____ travaillait à 60 % du 100 % préalable, déclarant éprouver des difficultés importantes à exercer son activité normalement et devant se reposer beaucoup pour se remettre en forme pour pouvoir plus ou moins bien effectuer son travail.

Le traitement comportait à l'époque Lyrica, Tramal, Zomig, Indéral et Spagyric.

L'examen neurologique pratiqué à l'époque révélait une limitation modérée sensible localement de la mobilité de la nuque avec contractures des muscles paracervicaux, un hémisyndrome sensitif gauche vraisemblablement subjectif en l'absence d'autres signes d'atteinte du système nerveux central et l'absence de toute atteinte radiculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

Le bilan neuropsychologique mettait en évidence des altérations discrètes de l'attention avec un ralentissement n'atteignant toutefois pas le seuil du déficit dans toutes les tâches et une variabilité attentionnelle, des perturbations isolées des composantes d'inhibition et de flexibilité des fonctions exécutives et, conséquemment, des altérations de l'administration centrale de la mémoire de travail. Les autres fonctions cognitives, notamment la mémoire et l'efficacité intellectuelle, étaient préservées. Ces perturbations et altérations, se manifestant le plus souvent par des scores limites, étaient amplifiées et déformées par des comportements démonstratifs pendant les tests, rendant une appréciation exacte des difficultés effectives difficiles.

Sur le plan psychique, on relevait une assurée se présentant sur un mode assez démonstratif et théâtral évoquant des phénomènes dissociatifs de type hystérique.

La relecture des documents radiologiques récents ne révélait pas de lésion post-traumatique significative et mettait en évidence de troubles statiques et dégénératifs cervicaux pluriétagés.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, nous avons conclu que Mme S. _____ présentait préalablement à l'événement accidentel du 25.03.07 des cervico-céphalo-facialgies chroniques surchargées d'épisodes particulièrement aigus, n'ayant semble-t-il pas entraîné d'incapacité de travail significative dans l'activité de représentation en produits cosmétiques.

Sur la base de la description des troubles, du résultat des examens cliniques et des examens complémentaires, nous avons conclu que l'accident du 25.03.07 avait très vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force, sans traumatisme crânio-cérébral même mineur associé et sans atteinte majeure du système locomoteur et nerveux, l'hypoesthésie tactile et douloureuse constatée à l'examen neurologique étant à considérer comme subjective dans le contexte global et en l'absence d'autres signes clairement indicateurs d'une atteinte du système nerveux central.

La symptomatologie apparue dans les suites de l'événement accidentel du 25.03.07 correspondait donc d'une part à une exacerbation des plaintes séquellaires aux deux événements accidentels préalables et d'autre part à un syndrome post-distorsion cervicale.

Les atypies mises en évidence à l'examen clinique et les constatations faites lors de l'examen neuropsychologique ainsi que la personnalité de l'assurée mise en évidence à l'examen psychiatrique permettaient de conclure qu'il existait indubitablement des éléments de surcharge psychogène indépendants de l'événement accidentel, jouant un rôle non négligeable dans la persistance et surtout dans l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail.

Moins d'un an après l'événement accidentel, on admettait néanmoins que les plaintes formulées par Mme S. _____ avaient été déclenchées/aggravées par l'événement accidentel du 25.03.07. A cela s'ajoutait comme facteurs étrangers

à l'accident : 1) les séquelles des accidents préalables, 2) les facteurs de personnalité

Sur le plan thérapeutique, nous avons proposé de poursuivre le traitement en cours qui devait être considéré comme encore en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel pour une période d'un moins 2 ans à partir de l'accident du 25.03.07.

Sur le plan de la capacité de travail, nous avons admis une capacité de travail de 60 % dans l'activité exercée préalablement. Si l'on se basait sur l'évolution habituelle du type de traumatisme subi par Mme S._____ le 25.03.07, nous estimions qu'une pleine capacité de travail devrait néanmoins être recouvrée au terme d'une période de un an et au maximum de deux ans après l'accident.

[...]

Depuis la précédente expertise, l'évolution des troubles a été malheureusement défavorable avec tout d'abord un licenciement de l'emploi précédent pour fin mai 08. Sur le plan symptomatique, Mme S._____ s'est plainte d'une aggravation et d'une extension des troubles malgré de nombreux traitements antalgiques et psychothérapeutiques.

En raison des troubles susmentionnés, l'assurée se déclare actuellement en incapacité de travail totale et définitive.

Mme S._____ ne bénéficie pas de suivi psychothérapeutique. En revanche elle a demandé un traitement d'antidépresseurs (Efexor) à son médecin traitant dès 2007, suite à des conflits au travail. Par la suite, on a introduit du Cymbalta en automne 2008, ce traitement n'a pas été supporté et rapidement interrompu, puis du Trittico, traitement aussi interrompu il y a 2 semaines.

Lors de l'évaluation psychiatrique pratiquée en automne 2007, le Dr K._____ retenait des phénomènes dissociatifs de type hystérique. L'assurée présentait des traits histrioniques préexistants à l'accident. Il existait une relation de causalité au moins partielle et une incapacité de travail de 40 % ce qui devait éviter une décompensation psychique.

Sur le plan du travail Mme S._____ a été licenciée.

Situation actuelle :

Sur le plan somatique, Mme S._____ formule des plaintes très significativement aggravées par rapport à celles qu'elle exprimait lors de l'expertise préalable. En effet, Mme S._____ se plaint actuellement de rachialgies cervico-dorso-lombaires avec irradiations céphaliques, brachiales et crurales bilatérales, de douleurs faciales et des articulations temporo-mandibulaires, de blocages respiratoires, de paresthésies, d'un manque de force des membres supérieurs et inférieurs (lors des épisodes particulièrement aigus de douleurs).

En raison des troubles susmentionnés, après son licenciement du poste préalable, Mme S._____ n'a pas repris d'activité professionnelle.

L'examen somatique actuel met en évidence une limitation apparemment majeure de la mobilité du rachis cervical, avec provocation d'importantes douleurs locales. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze sont bilatéralement contracturés et sensibles. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle de discrets troubles statiques vertébraux, pas de syndrome lombovertébral mais une percussion des apophyses épineuses dorsales hautes et lombaires apparemment fortement sensible. Les différents épreuves de marche sont correctement exécutées si ce n'est des troubles de l'équilibre intermittents atypiques à la marche un pied devant l'autre. L'examen des ATM ne révèle pas de limitation significative de la mobilité des articulations temporo-mandibulaires ni de luxation mais l'assurée signale d'importantes douleurs au niveau de l'ATM droite. A l'examen des paires crâniennes, on retrouve une hypoesthésie tactile et douloureuse frontale droite et faciale gauche, sans asymétrie des réflexes cornéens. A l'examen des membres, la seule anomalie est la persistance d'une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicorporelle gauche sans altération de la trophicité et de la force musculaire, des réflexes tendineux et cutanés, ainsi que de la sensibilité profonde. Pas d'atteinte non plus de la coordination.

Aucun document radiologique récent n'a été pratiqué hormis un IRM cérébral avec tenseur de diffusion.

Nous rappellerons que les examens radiologiques pratiqués suite à l'événement accidentel de 1996 ont révélé une instabilité C1-C2, ainsi qu'une probable atteinte ligamentaire à l'IRM de la charnière sous-occipitale du 16.07.96. Cet examen a également révélé des discopathies étagées C4-C7. L'IRM cervical effectué le 05.04.07 a permis de retrouver des troubles statiques cervicaux avec une rectitude de C2 à C7, des pincements intersomatiques pluriétagés témoignant de discopathies pluriétagées, une protrusion discale minime C5-C6, un minime débord ostéophyttaire C3-C4 et C4-C5 à droite, ainsi que C6-C7 à gauche avec un rétrécissement du 7^e trou de conjugaison gauche. Cet examen n'avait pas permis d'objectiver clairement de séquelles de la fracture de l'atlas et/ou de l'axis soupçonnée préalablement. Les ligaments de la jonction cervico-occipitale et notamment les ligaments alaires étaient difficilement appréciables sur ces clichés.

Un IRM cérébral avec tenseur de diffusion a donc été pratiqué à Paris le 30.05.08 qui a été considéré par le Prof F. _____ comme témoignant de lésions post-traumatiques multiples. Nous ne sommes pas en mesure d'interpréter cet examen.

Sur le plan psychique. Mme S. _____ rapporte essentiellement des douleurs qu'elle décrit comme atroces. Les douleurs sont constantes, répondent peu au traitement et sont sans répercussion manifeste sur son comportement psychosocial.

Du point de vue purement psychique, il y a quelques troubles cognitifs légers, une impression de ralentissement psychique, une forte émotivité, de la fatigue, quelques troubles du sommeil en lien avec les douleurs, ainsi qu'une diminution de la libido. L'assurée décrit des moments de *déconnexion* surtout lorsque les douleurs sont très fortes et elle a l'impression que cela est *bridé dans sa tête*,

qu'elle est plus lente. Il y a des ruminations, mais cela est en atténuation. Elle ne rapporte pas de phénomènes de déréalisation mais des phénomènes de dépersonnalisation lorsque les douleurs sont très fortes, avec l'impression de sortir de son corps.

A l'examen clinique, on se trouve face à une assurée plutôt souriante, qui essaye d'établir une certaine complicité à l'examineur. Elle ne se montre pas plaintive ni démonstrative, elle n'adopte pas de comportement algique durant l'entretien. Elle n'est pas désespérée. Il n'y a pas de trouble cognitif manifeste et de ralentissement ou d'accélération psychique. On n'observe pas de rupture de contact avec la réalité.

Sur la base de ces éléments, l'assurée présente principalement des traits de personnalité histrionique avec une recherche de complicité avec l'examineur, la description d'avoir une certaine difficulté à mettre de la limite, l'assurée décrivant qu'elle est comme une éponge au niveau du ressenti affectif, et une légère tendance à se montrer théâtrale lorsqu'elle évoque qu'elle voulait récemment faire appel à Exit pour en terminer, en disant cela parfois avec un large sourire. Ces éléments étaient déjà décrits dans la précédente évaluation du Dr K. _____ et l'assurée décrivait alors une *impression de flou dans la tête*.

Nous ne retenons pas de troubles dissociatifs. Ces troubles se définissent comme une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels selon la CIM-10. Lorsqu'ils sont associés à des événements traumatisants, les états dissociatifs s'améliorent généralement en quelques semaines ou quelques mois. La description de déconnexion ou l'impression d'être bridé au niveau du fonctionnement mental n'est pas associée avec une véritable rupture du contact avec la réalité ni avec une perte de contrôle. De plus d'autres intervenants ont observé une tendance à la majoration des plaintes. Pour ces raisons nous ne retenons pas le diagnostic de troubles dissociatifs.

Il n'y a pas lieu de retenir un trouble somatoforme. L'assurée ne paraît pas désespérée, il n'y a pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs ni de comportement algique. Il n'y a pas non plus de recherche compulsive, d'explication à ses douleurs, ni de remise en question des conclusions des médecins.

Mme S. _____ ne présente pas de trouble de l'humeur manifeste. Il n'est pas exclu que par le passé elle ait présenté un épisode dépressif à l'âge de 16 ans. Toutefois l'anamnèse détaillée n'a pas mis en évidence d'autres épisodes dépressifs par la suite. L'assurée ne présente pas non plus un trouble anxieux.

Il n'y a plus lieu de retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 mars 2007 et l'état psychique actuel. La symptomatologie semble essentiellement entretenue par un sentiment d'injustice, l'assurée disant avoir été victime de mobbing par son ex-employeur.

Sur le plan neuropsychologique, l'examen met en évidence des fonctions exécutives et une intensité attentionnelle désormais normalisées. La mémoire de travail est en voie de normalisation. La sélectivité attentionnelle s'est légèrement améliorée, mais elle n'était pas déficitaire en 2007. L'apprentissage de liste est encore meilleur qu'en 2007, où il était déjà en dessus de la moyenne.

On relève toutefois encore des scores limites en flexibilité en termes de nombre d'erreurs, même si les temps de réponse se sont, eux, normalisés.

On constate encore une importante difficulté en attention divisée, où, comme en 2007, l'assurée semble ne parvenir à répondre qu'à un ordre de stimuli et ignore l'autre ordre. D'autre part, elle ne parvient pas du tout à répondre à une tâche informatisée de mémoire de travail, tout comme c'était déjà le cas en 2007. On ne peut exclure une cause comportementale à ces difficultés, chez une assurée qui apparaît toujours assez anxieuse et perfectionniste.

Enfin, on remarque des variations encore importantes des temps de réaction dans les tests d'attention (d2, alerte phasique, flexibilité) et dans certains tests exécutifs (WCST surtout), même si, tant au d2 qu'au WCST, les indices sont toujours normaux (WCST), ou normalisés (d2).

De manière générale, les résultats aux tests d'attention et de mémoire ne correspondent pas au vécu subjectif de l'assurée. »

La synthèse et les conclusions de l'expertise ont la teneur suivante :

« Sur le plan somatique, Mme S. _____ formule donc actuellement des plaintes multiples "impressionnantes" pouvant difficilement être mises en relation avec le caractère objectiv[ement] modeste de l'événement accidentel du 25.03.07. En effet, l'accident du 25.03.07, d'après les éléments à notre disposition, a très vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force, mais pas de traumatisme crânio-cérébral même mineur et en tous les cas pas d'atteinte majeure du système locomoteur et nerveux susceptible d'expliquer les plaintes formulées actuellement par l'assurée.

Malgré l'aggravation subjective des troubles, l'examen neurologique pratiqué lors de la présente expertise est à considérer comme superposable à celui de la précédente expertise, révélant une limitation apparemment importante de la mobilité de la nuque et un hemisyndrome sensitif gauche restant sans substrat somatique évident dans le contexte et compte [tenu] de l'absence d'autres éléments clairement indicateurs d'une atteinte du système nerveux central.

L'IRM cérébral pratiqué à Paris utilise une technique non validée sur le plan clinique et juridique. Cet examen doit être considéré comme non valide dans le cadre de la présente expertise, les anomalies objectivées étant aspécifiques et d'interprétation étiologique impossible actuellement même en dehors du contexte médico-juridique

Le caractère à la fois multiple et mal systématisé des plaintes, l'absence d'atteinte certaine à l'examen neurologique et le contexte psychologique ne permettent pas de retenir l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux et locomoteur en tant que conséquence de l'événement accidentel du 25.03.07 qui, dans le cours ordinaire des choses, aurait dû connaître une évolution tout à fait favorable actuellement.

L'importance actuelle des troubles et leurs conséquences sur la capacité de travail sont à considérer comme en rapport essentiellement à des facteurs non somatiques, une partie des troubles paraissant persister depuis les événements accidentels préalables, mais n'étant également pas expliquée, en tous les cas en ce qui concerne leur importance, par les seules conséquences des accidents préalables.

Si en conséquence des différents événements accidentels, on peut admettre la persistance de quelques cervico-céphalalgies, les troubles actuels ne trouvent donc pas leurs explications sur un plan somatique et en tous les cas ne peuvent être considérés comme les conséquences persistantes de l'événement accidentel du 25.03.07.

En conséquence de ce qui précède, nous considérons que les conséquences des deux premiers événements accidentels ont été réglées par l'attribution d'une perte à l'intégrité de 20 % (conclusions de l'expertise du 1^{er} mars 2004) et que l'événement accidentel du 25.03.07 n'a pu entraîner qu'une aggravation transitoire des troubles pour une période ne dépassant pas deux ans après l'événement accidentel du 25.03.07, soit jusqu'à la date de la présente expertise.

Sur le plan thérapeutique, les traitements actuellement en cours ne sont vraisemblablement pas de nature à influencer significativement l'état de santé et la capacité de travail de Mme S._____.

Pour les éléments susmentionnés, sur le plan somatique, nous ne retenons pas d'incapacité de travail significative ni de perte à l'intégrité significative en tant que conséquence de l'événement accidentel du 25.03.07.

Sur le plan psychique sur la base de ces éléments, la capacité de travail est entière. L'assurée peut travailler 8 h/j sans diminution de rendement. Il n'y a pas d'indication ni de contre-indication à une éventuelle réadaptation professionnelle. Il n'y a pas lieu de proposer de mesures thérapeutiques particulières.

L'assurée pourrait bénéficier d'un suivi psychothérapeutique afin de diminuer le risque que son état psychique se cristallise encore plus sur les conséquences de l'accident. Cette fixation sur l'accident est en relation avec la personnalité de l'assurée et des facteurs non médicaux (conflit de travail), elle est sans relation avec l'accident et doit être mise à la charge de la caisse-maladie.

Sur le plan neuropsychologique, l'absence d'atteinte structurelle neurologique et de troubles de l'humeur, avec la présence de traits de personnalité histrionique, confirment une cause comportementale aux difficultés présentés dans les tests, notamment d'attention divisée.

Il n'est plus possible de mettre en relation de causalité certaine ou probable les troubles allégués avec l'accident incriminé.

Il n'est donc pas possible de retenir une incapacité de travail comme conséquence des suites de l'accident. »

Dans un avis médical du 13 juillet 2009, le Dr G._____, SMR, a rapporté le complément d'informations obtenu oralement auprès du Dr I._____, soit que le taux d'activité de 60 % était un taux limite, difficilement supporté par la patiente dans l'espoir de conserver son emploi à 100 %, que l'incapacité de travail de 100 % dès le 23 mai 2008 était consécutive aux troubles cognitifs, aux douleurs chroniques et à l'intolérance de certaines positions statiques, enfin que l'assurée refusait d'admettre une atteinte psychique et de ce fait, ne voulait ni d'un avis, ni d'une prise en charge psychiatrique. Sur la base du rapport du Dr N._____, du 24 mars 2009 et de l'expertise du Centre B._____, du 5 juin 2009, le Dr G._____ retenait que l'assurée ne présentait pas d'atteinte neuropsychologique, physique ou psychique invalidante « mais qu'elle était prise dans un rôle de victime de ses trois accidents successifs qu'elle tenait responsable de son état actuel », dit sentiment de victime ne pouvant justifier une incapacité de travail durable en l'absence de psychopathologie constatée. La capacité de travail dans l'ancienne activité était ainsi de 60 % dès le 2 juin 2007 et de « 100 % à partir de la date de l'expertise (05.06.2009) ». Elle était identique dans une activité adaptée et il n'existait pas de limitations fonctionnelles en l'absence d'atteinte.

Ensuite de précisions requises par l'OAI s'agissant du revenu de l'assurée, U._____ SA a indiqué dans un courrier du 13 octobre 2009 que l'intéressée percevait un salaire mensuel fixe de 4'000 fr., versé 13 fois l'an et un salaire variable sur commissions. Celles-ci avaient atteint environ 44'000 fr. en 2006 et étaient litigieuses pour le surplus. Le 4 mars 2011, la Chambre des Prud'hommes de la Cour de Justice de Genève a retenu que le chiffre d'affaires réalisé par l'assurée durant les 12 mois précédant son incapacité totale de travail s'élevait à 70'418 fr. 93 et qu'en conséquence, la commission mensuelle moyenne afférait à 3'520.95 francs.

Par projet de décision du 25 avril 2012, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente invalidité à l'assurée, pour les motifs suivants :

« Après examen de votre dossier et suite à l'analyse médicale et économique de votre situation, nous constatons que depuis le 25 mars 2007 (début du délai d'attente d'une année) votre capacité de travail est restreinte.

En effet, ce jour-là, vous avez été victime d'un accident de la circulation en Allemagne qui a provoqué une distorsion cervicale et vous avez été dans l'obligation d'interrompre votre activité professionnelle habituelle de vendeuse-représentante en produits cosmétiques pour des raisons de santé. La D. _____ (LAA) vous a indemnisée :

- à 100 % du 26.03.2007 au 31.05.2007,
- à 40 % du 01.06.2007 au 22.05.2008,
- à 100 % du 23.05.2008 au 14.06.2009.

A la demande de cette assurance, vous avez été examinée, dans le cadre d'une expertise, au Centre B. _____ (Centre B. _____), à Nyon.

Il ressort de cette expertise du 11 mars 2009 que la capacité de travail dans votre activité habituelle est à nouveau exigible à 60 % dès le 2 juin 2007 et à 100 % dès le 11 mars 2009 (date de l'expertise).

Nous tenons à préciser que l'expertise du Centre B. _____ se base sur des examens complets, prend en compte les plaintes exprimées et décrit clairement le contexte médical. Ses conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Cette expertise a dès lors pleine valeur probante.

La D. _____ a mis un terme aux prestations le 11 mars 2009, date de l'expertise hormis le versement d'une indemnité journalière jusqu'au 14 juin 2009. Pour la même atteinte à la santé, l'AI [assurance-invalidité pour le canton de Vaud] applique les mêmes règles que la LAA [loi sur l'assurance-accidents].

A l'échéance du délai d'attente d'une année, soit le 25 mars 2008, votre préjudice économique atteint 26 %, selon le calcul suivant :

Comparaison des revenus :

sans invalidité	CHF	96'000.00
avec invalidité	CHF	71'118.00

La perte de gain s'élève à CHF 24'882.00 = un degré d'invalidité de 25,92 %

Un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne pas droit à une rente d'invalidité.

Dès le 11 mars 2009, votre capacité de travail étant entière dans votre activité professionnelle habituelle, vous ne présentez plus aucun préjudice économique à compter de cette date.

Notre décision est par conséquent la suivante :

La demande est rejetée. »

Le 1^{er} juin 2012, par l'entremise de son conseil, l'assurée a présenté ses observations sur ce projet, contestant l'expertise du Centre B._____ du 5 juin 2009 et se prévalant d'un recours pendant contre la décision de la D._____, étayé par un avis du Dr Q._____ du 21 décembre 2009, une expertise privée du 22 février 2010 du Dr Z._____, spécialiste en neurochirurgie, et un rapport de la Dresse X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, du 26 mars 2012.

Dans son avis au médecin traitant de l'assurée, consécutif aux consultations des 19 novembre et 21 décembre 2009 à l'Unité [...], le Dr Q._____ a retenu les diagnostics de cervico-scapulalgies chroniques dans un contexte de status après trois entorses cervicales de différentes origines, de syndrome douloureux chronique ainsi que de déconditionnement musculaire et psychique global. Dans son appréciation, le Dr Q._____ a renoncé à se prononcer sur les conclusions du Prof. F._____, qualifiées de quelque peu évasives et sans réel lien avec le traumatisme. Il a par ailleurs observé, en relation avec l'IRM cervical du 6 mai 2009 évoquant une petite infiltration graisseuse de la musculature profonde, que des études plus récentes l'avaient révélée aussi bien chez des sujets sains que chez des sujets après traumatisme. Il proposait la mise en place d'un traitement physiothérapeutique à [...].

Dans son expertise, destinée à la procédure devant l'assureur-accidents, le Dr Z._____ a rapporté les plaintes de l'assurée quant à l'existence de nuchalgies, de céphalées et de manifestations déficitaires des fonctions supérieures (troubles mnésiques, troubles de l'organisation, etc....) et observé, à l'examen clinique, une limitation modérée de la mobilité cervicale. L'examen neurologique était normal s'agissant des

nerfs crâniens et les réflexes ostéo-tendineux étaient présents symétriquement pour les quatre membres. Il existait une discrète hypoesthésie globale, toutefois inconstante, au membre inférieur gauche. La marche et l'équilibre étaient dans les limites normales, tout comme les tests de coordination, sans signe de la série pyramidale. L'expert privé a notamment posé les diagnostics de status après entorses cervicales répétées avec, en 1974, une probable fracture de l'atlas, une rupture du ligament alaire droit, de status après AVP avec whiplash en 1996 ainsi que de status après traumatisme par accélération crânio-cérébrale le 25 mars 2007. S'agissant de cette dernière atteinte, l'expert privé considérait que « vu la situation particulière selon les critères du groupe de travail de la Société Neurologique Suisse, on [pouvait] exceptionnellement maintenir un rapport de causalité entre les symptômes actuels et le traumatisme du 25.03.2007, et ceci jusqu'au 25.03.2011 ». Il estimait par ailleurs à 40 % la capacité de travail exigible dans l'ancienne activité comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit l'incapacité de maintenir une position donnée pendant plus de 15 minutes, de rester immobile devant un écran informatique de fournir des efforts de levage ou des efforts impliquant une manœuvre de Valsalva, en raison du déclenchement de céphalées. Il évaluait à 60 % la capacité ménagère.

Quant à la Dresse X._____, elle a notamment posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique (cervico-scapulalgies chroniques) après fracture de l'axis avec lésion du ligament alaire (1996), fracture de l'atlas (1974), névralgie d'Arnold droit traitée par électrocautérisation en 2005, entorse cervicale (25.03.07) et hémisyndrome sensitif subjectif transitoire, de troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale (IRM 2007). Selon le médecin traitant de l'assurée, il existait un amendement progressif des troubles de la concentration, au contraire du syndrome douloureux pour lequel le temps et le traitement coordonné mis en place avaient permis une stabilisation de l'état clinique sans qu'une disparition définitive des symptômes semble probable à long terme.

Dans son avis du 27 juin 2012, le Dr M._____, SMR, a relevé que les trois rapports produits par l'assurée n'apportaient rien de nouveau par rapport aux deux expertises du Centre B._____ et au rapport du Dr N._____ du 24 mars 2009 : il existait toujours des manifestations douloureuses mais sans nouvel élément ressortant d'examen clinique ou radiologique. Par ailleurs, les diagnostics étaient identiques, seule la capacité de travail étant évaluée de façon différente. Les conclusions du Centre B._____ l'emportaient cependant sur celles du Dr Z._____, lequel avait procédé à un examen clinique de l'assurée plus sommaire. Enfin, quand bien même le Dr Q._____ évoquait un syndrome douloureux chronique de même que le Dr N._____, dans la mesure où celui-ci observait des plaintes douloureuses multiples, les experts du Centre B._____ n'avaient pas retenu de trouble somatoforme douloureux invalidant, en l'absence de comorbidité psychiatrique grave comme de perte d'intégration sociale.

Le 5 juillet 2012, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité identique à son projet du 25 avril 2012, en reprenant dans un document annexe l'argumentation du SMR.

B. Par acte du 10 septembre 2012, S._____, représentée par son conseil, a recouru contre la décision de l'OAI du 5 juillet 2012, concluant principalement à son annulation et à l'octroi de prestations, subsidiairement à un complément d'instruction sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. Elle allègue l'existence de contradictions entre les deux expertises du Centre B._____, mettant ainsi en doute la crédibilité des conclusions des experts et au vu des rapports médicaux figurant au dossier, requiert une expertise médicale pluridisciplinaire.

En date du 16 octobre 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours.

À l'appui de ses déterminations du 8 janvier 2013, la recourante a produit copie de son écriture du même jour à la cour de céans dans la cause l'opposant à la D._____. Se prévalant de rapports médicaux complémentaires requis dans la procédure précitée, elle a

renouvelé sa requête de mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire.

Le dossier de la D._____, dans sa teneur à la date de la décision sur opposition du 20 avril 2010, a été versé d'office dans la présente cause, de même que les rapports du Dr Q._____ du 29 octobre 2012, de la Dresse X._____ du 1^{er} novembre 2012 et du Dr O._____, psychiatre traitant, du 10 novembre 2012.

Le Dr Q._____ a confirmé les diagnostics posés dans son avis précédent du 21 décembre 2009. Il considérait difficile de se déterminer sur les causes des troubles constatés. Selon lui, une partie était liée au trouble somatoforme douloureux qui avait certainement participé à un seuil douloureux perturbé, à savoir abaissé, par ailleurs, l'entorse cervicale avait certainement aussi participé en partie aux douleurs. S'agissant de la prédominance de l'une ou l'autre des causes, il estimait une expertise certainement nécessaire. Il n'avait par ailleurs pas délivré de certificat d'incapacité de travail.

Quant à la Dresse X._____, elle a confirmé les diagnostics déjà évoqués dans son rapport du 26 mars 2012 et relayé les plaintes exprimées par sa patiente, soit celles de nuchalgies quasi constantes d'intensité moyenne, avec des pics douloureux d'intensité forte à très forte, les douleurs ayant pris une extension corporelle non systématisée, c'est-à-dire sans lien clair sur le plan organique, temporel ou situationnel. L'examen clinique montrait une mobilité de mouvements globale conservée, une palpation de la région cervicale demeurant sensible, avec une amplitude de mouvement discrètement limitée. La cognition globale demeurait bonne avec de légers troubles de la concentration (fatigabilité) et des ruptures du flux des idées. Le traitement était demeuré globalement constant au cours des deux dernières années, avec une tendance à la majoration graduelle des analgésiques, notamment dans les deux mois précédant. La Dresse X._____ mentionnait une cristallisation de l'état douloureux de sa patiente depuis le début de son suivi en 2009, handicapante et interdisant toute occupation professionnelle régulière, du

fait des douleurs chroniques avec exacerbation imprévisible et de la fragilité psycho-cognitive. Elle relevait un amendement progressif des troubles de la concentration. Le syndrome douloureux ne présentait pas d'amélioration notable. Il était en voie de chronicisation, le litige asséculo-logique constituant un facteur aggravant. Quand bien même sa patiente s'était montrée compliant aux traitements proposés, le pronostic demeurait réservé. Elle préconisait elle aussi une expertise pluridisciplinaire « afin d'aboutir à un dénouement juridique clair ».

Consulté dès le 1^{er} septembre 2010 par la recourante, le Dr O._____ a observé dans son rapport du 10 novembre 2012 que pendant tous les entretiens, la recourante était ponctuelle, bien soignée, se déplaçait librement et sans difficulté, bien orientée dans les trois modes, avec une vigilance normale. Elle se plaignait de discrets troubles de la mémoire et de l'attention alors que selon le thérapeute, elle ne présentait pas de troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration manifestes. Le Dr O._____ relevait par ailleurs une certaine anxiété, notamment lors de l'évocation de sa situation asséculo-logique, personnelle et surtout économique, ainsi qu'une certaine émotivité, mais sans troubles thymiques, ni rupture de contact avec la réalité. La recourante était plutôt souriante, cherchant toujours à établir un bon contact avec son médecin. Lors de l'évocation de son problème somatique, elle se plaignait de douleurs dans la région cervicale, consécutive aux accidents, et se révélait préoccupée par la situation asséculo-logique et économique. Le Dr O._____ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité avec des traits de la personnalité histrionique, et de probable syndrome douloureux somatoforme. Le traitement instauré a consisté en une psychothérapie de soutien, sans médicament dans la mesure où d'une part la recourante ne présentait pas de symptomatologie psychiatrique importante et d'autre part refusait une médication anti-dépressive. S'agissant de l'évolution du traitement, les entretiens avaient tout d'abord été hebdomadaires, puis bimensuels. Dès l'instant où le Dr O._____ avait expliqué à la recourante que l'atteinte somatique était prédominante et l'avait orientée sur sa situation asséculo-logique, l'intéressée avait demandé des entretiens

mensuels, sur appel. Dans la suite du traitement, le Dr O._____ n'avait plus été en mesure de déterminer si la recourante sollicitait son intervention pour une prise en charge psychothérapeutique, dont elle aurait eu besoin mais sans être motivée, ou pour continuer à se plaindre du comportement des assureurs. Le Dr O._____ n'a délivré aucun certificat d'incapacité de travail, l'état psychique de sa patiente ne le justifiant pas. Il a observé au domicile que sa patiente lui avait toujours dit ne plus pouvoir travailler en raison de ses troubles somatiques et non psychiatriques. Le traitement a été interrompu d'un commun accord entre thérapeute et patiente le 21 mars 2012.

Le Dr O._____ a encore produit un rapport du 11 avril 2011, sollicité pendant le traitement psychiatrique auprès du Prof. W._____, spécialiste en neurologie. Celui-ci a procédé à une évaluation neurologique complète de la recourante le 6 avril 2011. Sur la base des IRM cervicaux à sa disposition, le Prof. W._____ a retenu une arthrose cervicale avec une légère instabilité dans l'axe C3-C4, sans pression au niveau médullaire et a qualifié de très mauvaise qualité l'IRM du 4 juin 2008. Rapportant les plaintes de la recourante, soit l'existence de douleurs diffuses, migrantes, sans une quelconque topographie objective, avec, par intermittence, des lâchages d'objet et une instabilité à la marche, il a constaté objectivement que malgré « l'oppositionnisme » de l'intéressée et sa crainte, la colonne cervicale se révélait à l'examen parfaitement souple, non limitée dans les mouvements d'anté- et de rétroflexion ainsi que de rotation latérale, sans douleur à la pression de la musculature paracervicale. Il n'existait aucun déficit dans l'extension des bras, dans l'abduction de ceux-ci contre résistance, à l'élévation des épaules, à la contraction des trapèzes et des sterno-cléïdo-mastoïdiens. L'examen était pour le surplus normal, à l'exception d'une impression d'hyperesthésie au toucher de la main droite. Dans le cadre de son appréciation générale, le Prof. W._____ a considéré que la recourante était probablement très fragile sur le plan psychologique, qu'elle avait présenté trois Whiplash ayant déstabilisé sa colonne cervicale, surtout au niveau de C3-C4, ce qui pouvait éventuellement expliquer les douleurs cervicales intermittentes mais pas les multiples plaintes d'hypoesthésie, de lâchage d'objets, etc. Il

n'observait pas de corrélation avec une quelconque dysfonction intracérébrale. Mis à part un traitement par hypnose en cas d'insuccès du suivi psychiatrique et la prescription d'un myorelaxant, il estimait inutile d'autres investigations telles que des examens neuropsychologiques, des consultations de la mémoire ou un électromyogramme des membres supérieurs et inférieurs et souscrivait à l'impression de la Dresse X._____, destinatrice principale de son rapport, qu'il fallait absolument que la patiente arrête de faire du « tourisme médical ».

Dans ses déterminations du 16 décembre 2013 sur ces rapports médicaux, l'intimé a confirmé ses conclusions en rejet du recours, se fondant plus particulièrement sur l'avis du SMR du 28 novembre 2013, signé des Drs J._____ et A._____. En relation avec le rapport du Dr O._____, les médecins du SMR ont constaté que la problématique récurrente ressortant du rapport médical concernait le conflit asséculo-logique consécutif au troisième accident de voiture et que sur la base de l'anamnèse ainsi que de l'examen clinique, ils ne pouvaient retenir aucun trouble anxio-dépressif incapacitant. Un syndrome douloureux somatoforme n'entraîne pas non plus en ligne de compte, les douleurs n'étant, au vu du rapport, ni persistantes, ni intenses, ni assorties d'un sentiment de détresse et ne constituant pas la préoccupation essentielle de la recourante. S'agissant du rapport du Prof. W._____, les médecins du SMR ont particulièrement constaté que l'absence de limitation dans les mouvements, observée par le neurologue, constituait une amélioration par rapport à l'expertise du 5 juin 2009. Il en allait de même des troubles sensitifs des membres supérieurs et inférieurs gauches objectivés dans les deux expertises du Centre B._____, dans la mesure où ces membres étaient décrits comme parfaitement normaux par le Prof. W._____. Les constatations de la Dresse X._____ ne pouvaient être suivies en l'absence d'examen clinique ou radiologique objectifs comme d'examen et de description détaillée du statut psychiatrique. Les expertises du W._____ comme les rapports du Prof. W._____ et du Dr O._____ emportaient la conviction. Quant au rapport du Dr Q._____, il n'amenait pas d'élément nouveau.

Par écriture du 10 février 2014, la recourante a maintenu sa requête d'expertise et ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, formé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. b LPGA) selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

c) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b, avec les références citées). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4).

En l'espèce, cela signifie que les documents en mains de la Cour de céans qui sont postérieurs au prononcé de la décision entreprise doivent être pris en considération en tant qu'ils se rapportent à l'état de fait déterminant pour trancher le litige.

c) En l'occurrence, est litigieuse la question du droit éventuel de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). 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 (cf. art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie à l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins en moyenne durant une année sans interruption notable. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, un degré d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (cf. art. 28 al. 2 LAI).

4. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (cf. ATF 127 V 294 consid. 4c *in fine* et ATF 102 V 165 ; cf. VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6).

5. **a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - 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. En outre, les renseignements médicaux 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 (cf. ATF 125 V

256 consid. 4 ; cf. TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 consid. 3.1). 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 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 de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles 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. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

b) 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; cf. TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1).

6. La décision de l'OAI du 5 juillet 2012 refusant à la recourante le droit à une rente se fonde plus particulièrement sur la seconde expertise du Centre B._____. L'intimé a considéré que la capacité de travail de la recourante était entière dès le 11 mars 2009 dans son activité professionnelle habituelle, l'incapacité de gain constatée n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

La recourante, pour sa part, a allégué la persistance d'une pleine incapacité de travail.

a) Dans le cadre de la présente procédure judiciaire, la recourante a fait l'objet de deux expertises pluridisciplinaires par le Centre B._____ qu'elle considère contradictoires et par conséquent peu crédibles. Elle ne conteste cependant pas les diagnostics retenus par les experts.

L'existence d'une aggravation entre la première expertise, réalisée les 3 octobre et 27 novembre 2007, et la seconde expertise, réalisée le 11 mars 2009, est effectivement mentionnée par les experts. Il ressort cependant clairement de l'expertise qu'il ne s'agit que de l'expression par la recourante d'une aggravation de son état de santé, que les experts n'ont pas objectivée lors de leurs examens cliniques. En effet, en l'absence d'atteinte majeure du système locomoteur et d'atteinte du système nerveux central, l'importance des troubles allégués par la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail devaient être attribuées à des facteurs non somatiques, la persistance de quelques cervicaux-céphalalgies n'étant pour le surplus pas incapacitante.

Les autres rapports médicaux au dossier ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts s'agissant des atteintes somatiques. En effet, dans son rapport du 10 juillet 2007, le Dr C._____ précise avant tout que l'EEG révèle un tracé normal. Le phénomène de « blanc » n'est pas objectivé par cet examen mais décrit par la recourante. Le rapport du 18 juin 2008 du Prof. F._____ ne peut qu'être écarté au vu de la jurisprudence selon laquelle un examen IRM fonctionnel ne constitue pas

une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; TF 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2 et 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 3.2). Il en va de même d'un examen IRM cérébral par la technique dite de tenseur de diffusion qui n'est pas non plus une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale (cf. TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.2). Il paraît devoir en aller également de même s'agissant du rapport du 6 mai 2009 du Dr R._____, pour ce qui est de l'interprétation des résultats de l'examen, à lire le rapport du Dr Q._____ du 21 décembre 2009. L'appréciation du cas de la recourante par ce médecin ne va pas à l'encontre de celle des experts. Il ne se prononce pas précisément sur les causes des troubles constatés et n'a pas délivré de certificat d'incapacité de travail lors du suivi thérapeutique de la recourante. L'expertise privée du Dr Z._____ du 22 février 2010 ne s'inscrit pas non plus en faux contre l'expertise du Centre B._____. À l'examen clinique, seule une limitation modérée de la mobilité cervicale est observée, de même qu'une discrète hypoesthésie globale du membre inférieur gauche, qualifiée cependant d'inconstante. Il estime à 40 % la capacité de travail de la recourante, sans cependant que l'on distingue le lien entre ce pourcentage et les atteintes précitées. Il évalue de surcroît la capacité ménagère à 60 % de telle sorte que, a priori, il n'existerait pas d'incapacité globale. Quant aux Drs I._____ et X._____, médecins traitants de la recourante, ils n'étaient pas par des éléments cliniques objectifs leur évaluation de la capacité de travail de leur patiente.

En revanche, les rapports des Drs P._____ et N._____ ainsi que du Prof. W._____ tendent plutôt à confirmer les conclusions des experts du Centre B._____. En effet, dans son rapport du 19 novembre 2007, le Dr P._____ n'évoque que de discrets troubles de la sensibilité à l'hémicorps droit et de tout aussi discrets troubles dégénératifs, ne permettant cependant pas d'expliquer la persistance des douleurs. Le Dr N._____, quant à lui, relève dans son rapport du 24 mars 2009 que les plaintes de la recourante ne semblent pas rattachées à des lésions

organiques définies, au vu de la discordance considérable entre celles-ci et les résultats de l'examen clinique. Enfin, le Prof. W. _____ mentionne dans son rapport du 11 avril 2011 un examen clinique normal, à l'exception d'une hyperesthésie au toucher de la main droite, qualifiée au demeurant d'impression. La déstabilisation de la colonne verticale, surtout au niveau de C3-C4, pouvait éventuellement expliquer les douleurs cervicales intermittentes, mais seulement celles-ci à l'exclusion d'autres. Le Prof. W. _____ évoque ainsi une éventualité, et non une certitude, de telle sorte que son avis ne saurait remettre en question celui des experts.

b) S'agissant de l'état de santé psychique de la recourante, les experts du Centre B. _____ ont retenu dans un premier temps le diagnostic de personnalité mal compensée et dans un second temps celui de traits de personnalité histrionique. Au vu des critères de réalisation de ces troubles selon les deux classifications internationales reconnues (CIM-10 ou DSM-IV), ils ne sauraient être considérés comme incapacitants. Le Dr O. _____ quant à lui pose le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité avec des traits de la personnalité histrionique. Ce diagnostic rejoint partiellement celui des experts du Centre B. _____ en tant qu'il porte sur les traits de la personnalité histrionique. Le second diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne permet pas de déduire que l'expertise du Centre B. _____ serait incomplète. En effet, la recourante a consulté le Dr O. _____ dès le 1^{er} septembre 2010, soit plus d'une année après son examen par les experts du Centre B. _____ et a priori, il ne saurait être exclu que ce trouble soit apparu ultérieurement à cet examen. Quoiqu'il en soit, même dans l'hypothèse où il n'aurait pas été détecté par les experts du Centre B. _____, il n'aurait aucune incidence, dans la mesure où le Dr O. _____ estime que l'état de santé psychique de la recourante ne justifie aucune incapacité de travail.

7. Le Dr P. _____ a évoqué une suspicion de trouble somatoforme douloureux, posant finalement le diagnostic de syndrome douloureux chronique, à l'instar des Drs Q. _____ et X. _____. Le Dr O. _____ a pour sa part retenu le diagnostic de probable syndrome

douloureux somatoforme. Les experts du Centre B._____ ont considéré dans leur expertise du 5 juin 2009 qu'il n'y avait pas lieu de retenir un trouble somatoforme.

Outre qu'il est retenu par des médecins non psychiatres, le diagnostic de syndrome douloureux chronique n'existe pas en tant que tel dans la classification internationale, laquelle connaît celui de syndrome douloureux persistant (F45.4), à distinguer encore de celui de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40), concerné par la jurisprudence.

Les experts du Centre B._____ ont exclu le diagnostic de trouble somatoforme alors que le Dr O._____ l'évoque, sans cependant retenir une incapacité de travail.

a) Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence fixant les principes et critères d'appréciation du caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (F45.40) (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue des critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Les expertises mises en œuvre selon les anciens standards de procédure ne perdant pas d'emblée toute valeur probante, il y a lieu d'examiner si les expertises recueillies permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (consid. 8 de l'arrêt cité et jurisprudence citée).

La preuve d'une telle atteinte à la santé, sous la forme d'un trouble somatoforme douloureux, suppose d'abord que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant

référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à divers motifs d'exclusion. Ainsi n'existe-t-il en principe aucune atteinte à la santé lorsque la limitation de la capacité d'exécuter une tâche ou une action repose sur une exagération ou une manifestation analogue, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2).

b) Selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes connexes (10^e édition ; CIM-10), la caractéristique essentielle du trouble somatoforme (F45) est l'apparition de symptômes physiques associés à une quête médicale insistante, persistant en dépit de bilans négatifs répétés et de déclarations faites par les médecins selon lesquelles les symptômes n'ont aucune base organique. On parle de somatisation (F45.0) lorsque les principales caractéristiques sont des symptômes physiques multiples, récurrents et variables dans le temps, persistant au moins deux ans, les sujets entretenant dans la plupart des cas, depuis longtemps, des relations complexes avec les services médicaux, spécialisés et non spécialisés, et ayant subi de nombreuses investigations ou interventions exploratrices négatives. Le trouble a une évolution chronique et fluctuante, et s'accompagne souvent d'une altération du comportement social, interpersonnel et familial. En matière de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.40), la plainte essentielle concerne une douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse, non expliquée entièrement par un processus physiologique ou un trouble physique et survenant dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux suffisamment importants pour constituer la cause essentielle du trouble selon le clinicien. Le trouble assure habituellement au patient une aide et une sollicitude accrues de la part de son entourage et des médecins.

c) En premier lieu, il sera relevé que le Dr O._____ qualifie seulement de probable le diagnostic de syndrome douloureux

somatoforme. À cela s'ajoute qu'il ne fait état d'aucune altération du comportement social, interpersonnel ou familial de sa patiente. Il précise qu'aucune médication n'a été prescrite à la recourante, dans la mesure où elle ne présentait pas de symptomatologie psychiatrique importante et au demeurant la refusait. Il ressort du rapport du Dr O._____ que la problématique essentielle, exprimée par la recourante et constatée par ce médecin, concerne le litige asséculoologique survenu ensuite de l'accident du 25 mars 2007. Néanmoins, le Dr O._____ n'indique pas que sa patiente se serait plainte auprès de lui de douleurs persistantes et intenses. Il ne relève pas non plus de sentiment de détresse. Bien au contraire, il n'a pas observé de troubles thymiques et décrit sa patiente plutôt souriante, cherchant le contact. Cela étant, il apparaît que les critères médicaux autorisant le diagnostic de trouble douloureux somatoforme persistant ne sont pas tous réalisés, ce qui pourrait expliquer que le Dr O._____ ne l'ait considéré que comme probable. Quoiqu'il en soit, ce médecin n'en déduit aucune incapacité de travail.

Quant aux experts du Centre B._____, ils excluent ce diagnostic à juste titre. Plus particulièrement, l'anamnèse ne met pas en évidence de perte d'intégration sociale et il n'a été observé ni sentiment de détresse, ni comportement algique lors de l'examen clinique. Il n'existait par ailleurs pas de rétrécissement marqué du champ de pensée de la recourante sur ses douleurs.

8. Cela étant, d'une manière générale, les expertises du Centre B._____ peuvent être considérées comme concluantes. Le travail fourni par leurs auteurs est de qualité et exhaustif. Les experts font notamment mention des rapports médicaux, cliniques et radiologiques. L'anamnèse est complète et prend en compte d'une manière détaillée les plaintes subjectives de la recourante. L'examen clinique est approfondi et l'exposé des plaintes circonstancié. Les conclusions sont claires, précises et les explications à l'appui de celles-ci sont convaincantes.

A cela s'ajoute que les médecins du SMR ont admis qu'il n'y avait aucun motif médical de s'écarter des conclusions des experts.

En conséquence, il devra être retenu une incapacité de travail de 100 % du 25 mars 2007, date de l'accident de circulation, au 31 mai 2007, et de 40 % depuis le 1^{er} juin 2007, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. À partir du 11 mars 2009, date de l'examen clinique pratiqué lors de la seconde expertise, la capacité de travail est entière.

9. a) L'OAI a calculé la perte de gain en retenant un revenu sans invalidité de 96'000 fr. et un revenu avec invalidité de 71'118 fr. Ce dernier montant correspondait à l'addition de la part de salaire fixe ramenée à 60 %, soit 31'200 fr., et de la part variable, soit la totalité du chiffre d'affaires réalisé par la recourante lors de sa période de travail à 60 %, soit 39'918 francs. Il en résultait une perte de gain de 24'882 fr., soit un degré d'invalidité de 25.92 % n'ouvrant pas le droit à la rente.

Or, en présence d'une incapacité de travail de la recourante de 40 % dans son ancienne activité comme dans toute autre activité pendant la période du 1^{er} juin 2007 au 10 mars 2009, le revenu qu'elle pouvait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspondait à une incapacité de gain de 40 % elle aussi (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a ; 104 V 135 consid. 2b). Ainsi, l'incapacité de travail de l'intéressée se confond avec son incapacité de gain, de sorte que le taux d'invalidité pouvait être fixé sans analyse économique.

En l'espèce, les conditions du droit à une rente telles que prévues par l'art. 28 LAI sont réalisées. Plus particulièrement, la recourante a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % du 25 mars 2007 au 10 mars 2009, ceci sans interruption et une année après la survenance de l'incapacité, celle-ci était toujours de 40 %. La recourante a déposé sa demande le 28 janvier 2008. Le droit à la rente prenant naissance plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de cet acte (art. 29 al. 1 LAI), la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2008.

b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). La rente peut être révisée en cas de modifications sensibles de l'état de santé ou lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

Selon la jurisprudence (cf. ATF 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2), la décision qui accorde simultanément une rente avec effet rétroactif et en prévoit la réduction ou la suppression correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

Cela étant, il convient d'examiner la modification de l'état de santé de la recourante à partir du 11 mars 2009 selon les critères prévalant en matière de révision. La capacité de gain de la recourante s'est notablement améliorée dès l'instant où il doit être admis qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail à partir du 11 mars 2009. En conséquence, elle n'a plus droit à une rente dès le 1^{er} juillet 2009.

Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant du quart de rente octroyé du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009, en tenant compte d'une éventuelle surindemnisation.

10. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise pluridisciplinaire. En effet, les expertises et rapports au dossier sont suffisants et la mesure d'instruction requise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves, KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 119 V 335 consid. 3c et la référence.)

11. Il résulte de ce qui précède que le recours, partiellement fondé, doit être admis et entraîne une réforme de la décision litigieuse dans le sens de l'octroi d'un quart de rente du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009.

Vu le sort du recours, la recourante, ayant procédé avec l'assistance d'un mandataire autorisé, peut se voir accorder des dépens, qu'il convient de fixer à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

Succombant, l'office intimé supportera les frais judiciaires arrêtés à 400 fr., conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision rendue le 5 juillet 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que

S._____ a droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2008 au 30 juin 2009.

- III.** Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Seidler, avocat (pour S._____),
- 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 :