

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 17 juin 2014

---

Présidence de        Mme     DI FERRO DEMIERRE  
Juges     :        Mme Dessaux et M. Bonard, assesseur  
Greffière     :        Mme     Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**B.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

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

---

**Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.**

**E n f a i t :**

**A.** B.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1965, titulaire d'une licence universitaire en psychologie, employée depuis le 1<sup>er</sup> octobre 1996 en tant que conseillère en personnel à 100% auprès de l'Office régional de placement (ci-après : l'ORP) de D.\_\_\_\_\_, a été victime d'un accident de la voie publique en septembre 2005. L'assurée avait préalablement connu des périodes d'arrêt de travail à des taux variables de manière quasi continue depuis mai 2003 (vraisemblablement dans un contexte initial de troubles digestifs et oculaires), situation qui a perduré après son accident. Dès le 18 août 2008, elle s'est trouvée en arrêt de travail complet (cf. questionnaire pour l'employeur du 23 juillet 2009 et ses annexes).

Après avoir fait l'objet d'une procédure de détection précoce initiée par son employeur, l'assurée a déposé le 31 mars 2009 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI), en raison d'une atteinte au niveau de la région cervicale dont les premiers symptômes étaient apparus fin 2005. Elle a ultérieurement indiqué que, bien portante, elle aurait travaillé dans son activité actuelle à 100% depuis toujours, tant pour des raisons financières que par besoin personnel (cf. formulaire 531bis du 15 août 2009).

Par envoi du 14 juillet 2009, les Drs S.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_, de l'Unité de santé au travail de l'Etat de Vaud, ont transmis à l'OAI divers documents dont il ressortait que les diagnostics d'épisodes de vitrite oculaire bilatérale et d'état dépressif réactionnel avaient été évoqués en 2006 ; en particulier, selon un courrier du 9 octobre 2007 de la Dresse S.\_\_\_\_\_ à l'attention du médecin conseil de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud, des démarches entreprises courant 2006 avaient révélé que la problématique de l'assurée était majoritairement d'ordre psychique, raison pour laquelle un examen spécifique avait été demandé, l'intéressée ayant à cet effet pris contact avec le Dr U.\_\_\_\_\_, psychiatre, sans toutefois le délier du secret médical, de sorte que la Dresse

S.\_\_\_\_\_ n'avait pu prendre connaissance des conclusions de l'évaluation spécialisée.

Le 22 octobre 2009, la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante, a adressé à l'OAI un rapport posant le diagnostic avec impact sur la capacité de travail de cervicalgie avec vertige suite à un accident de voiture en 2005, et évoquant en outre une « *fatigue* +++ ». Elle a souligné que la symptomatologie s'aggravait lentement depuis 2005, avec une augmentation de la douleur, et a plus particulièrement signalé une diminution de la concentration, des troubles du sommeil et une impossibilité à se déplacer certains jours, considérant qu'il s'agissait là de symptômes de mieux en mieux connus suite à des lésions traumatiques cervicales. Elle a précisé que l'exigibilité de l'activité habituelle variait de jour en jour, le rendement étant diminué eu égard aux difficultés de concentration, aux douleurs et aux vertiges. Quant à savoir quels travaux pouvaient encore être envisagés dans une activité adaptée, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que les aptitudes de l'assurée étaient très variables selon les jours et qu'il lui était en ce moment impossible de conserver la même position durant plusieurs heures. En annexe figurait notamment un rapport du 30 avril 2008 du Centre H.\_\_\_\_\_ de [...] consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) fonctionnelle de la jonction crânio-cervicale du 10 avril 2008, mentionnant des signes de dyskinésie ainsi qu'une lésion du ligament alaire gauche de grade I à II d'après Krakenes. Etaient par ailleurs produits deux avis établis les 23 mars et 15 mai 2009 par le Prof. N.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie au Centre I.\_\_\_\_\_ de [...], dont il ressortait que des examens effectués au niveau des articulations C5-C6 et C6-C7 à gauche avaient démontré que ces dernières pouvaient expliquer la majorité des douleurs de l'assurée, qu'une dénervation de ces deux articulations avait été pratiquée le 13 mars 2009 et que le résultat initial semblait prometteur, l'assurée estimant l'amélioration à 50% ; il restait néanmoins de multiples symptômes qui pouvaient être en partie les conséquences de l'accident de 2005.

Le 2 novembre 2009, l'OAI a invité l'assurée à indiquer le nom et les coordonnées d'un éventuel psychiatre traitant et à fournir le nom de tous les médecins l'ayant suivie de 2003 à 2009 ou ayant attesté ses incapacités de travail. Sans réponse de l'intéressée, l'office a réitéré sa requête le 17 décembre 2009. L'assurée n'ayant pas donné suite, l'OAI lui a adressé le 4 février 2010 une sommation lui impartissant un délai au 26 février 2010 pour communiquer les informations requises. Par courrier du 28 février 2010, l'assurée a répondu qu'elle était toujours prise en charge par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ et qu'elle ne bénéficiait d'aucun autre suivi médical régulier, « *sauf dans le cadre d'un centre de diagnostic et traitement des douleurs* ».

A la demande de l'OAI, le Prof. N.\_\_\_\_\_ a indiqué dans un compte-rendu du 19 mai 2010 que le résultat du traitement effectué en 2009 s'était avéré bon puisqu'une composante douloureuse importante, provenant des articulations C5-C6 et C6-C7 à gauche, avait disparu. Il a ajouté que l'assurée souffrait encore de douleurs cervicales dans la partie supérieure de la nuque, qui trouvaient leur origine dans l'articulation C2-C3, étant précisé que l'intéressée avait décommandé en dernière minute un traitement prévu la veille à ce niveau. Plutôt qu'une rente AI, le Prof. N.\_\_\_\_\_ a préconisé l'intégration de l'assurée à un programme de réinsertion professionnelle adapté à sa personnalité et à ses douleurs, qui avaient aujourd'hui une intensité nettement moindre qu'en 2009.

Répondant le 14 juillet 2010 à un questionnaire complémentaire de l'OAI, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a signalé une légère amélioration depuis son précédent rapport d'octobre 2009, relevant que l'assurée se trouvait toujours en arrêt de travail à 100%, qu'elle suivait un traitement sous forme de thérapie à la douleur et qu'elle présentait les limitations fonctionnelles suivantes : « *même position, fatigue, difficulté de la concentration* ». Le 19 août 2010, cette praticienne a indiqué que l'évolution était plutôt favorable, qu'une reprise de travail à 30 ou 40% était prévue pour septembre, qu'un traitement était en cours au Centre I.\_\_\_\_\_ ainsi qu'auprès d'un ostéopathe et que les mêmes limitations

fonctionnelles persistaient mais d'une manière moins aiguë et donc mieux gérable.

Le 3 septembre 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a adressé à la Dresse Q.\_\_\_\_\_ un compte-rendu exposant que l'assurée avait subi le 7 juin 2010 une dénervation des articulations C2-C3 et C3-C4 en raison de cervicalgies situées à gauche et qu'une diminution des douleurs de plus de 50% avait été notée par l'intéressée suite à cette intervention. Le 29 septembre 2010, le Dr N.\_\_\_\_\_ a écrit à la Dresse Q.\_\_\_\_\_ que ses observations demeuraient valables quant aux douleurs ayant motivé la neurotomie du 7 juin 2010 ; il a ajouté que l'assurée décrivait par ailleurs d'autres douleurs au niveau de la partie antéro-supérieure du thorax, à gauche, ainsi que dans la région de l'omoplate gauche, douleurs n'ayant certainement pas leur origine dans la colonne cervicale.

L'assurée a suivi une mesure d'orientation professionnelle au Centre X.\_\_\_\_\_ en vue d'un réentraînement au travail et à l'endurance, du 27 septembre au 24 décembre 2010. Selon une note d'entretien de l'OAI du 19 octobre 2010 consécutive à une entrevue avec des intervenants dudit centre puis avec l'assurée, il est notamment apparu que celle-ci éprouvait beaucoup de difficultés, qu'elle présentait un décalage par rapport à la réalité et que les médicaments pris en automédication la rendaient difficilement compréhensible, l'intéressée remplaçant des mots par des onomatopées, commençant des phrases sans les finir ou mélangeant des phrases. Un problème psychique était suspecté, l'intéressée ayant paru agitée et fébrile lors d'un précédent entretien, avec un tremblement important des mains. Cela étant, il était relevé que l'assurée paraissait incapable d'assumer une charge de travail même à 50% dans un environnement protégé. Aux termes du rapport de synthèse établi le 22 décembre 2010 par les spécialistes du Centre X.\_\_\_\_\_, il était observé que la priorité devait actuellement porter sur la stabilisation de l'état de santé de l'assurée avant d'envisager un projet de réinsertion professionnelle.

Parallèlement, le 8 décembre 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique réalisé par le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans son rapport du 17 janvier 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence de pathologie psychiatrique passée ou actuelle, l'intéressée - qui était sous Somnium® et recevait en outre un traitement antalgique et anti-inflammatoire - étant collaborante, s'exprimant sans difficulté, ne présentant aucun trouble cognitif, thymique, anxieux, phobique, obsessionnel, psychotique ou de la personnalité manifeste, ni aucun signe pouvant en faire suspecter la présence occulte. Aussi le Dr L.\_\_\_\_\_ a-t-il retenu que la capacité de travail exigible au point de vue psychiatrique était de 100% dans toute activité, depuis toujours.

Après avoir pris connaissance du rapport psychiatrique précité, le Dr J.\_\_\_\_\_ a relevé, dans un écrit du 14 mars 2011 à l'attention de l'OAI, que les observations du Dr L.\_\_\_\_\_ ne comportaient aucune référence au rapport de synthèse établi par le Centre X.\_\_\_\_\_, lequel aurait pu légitimement conduire l'expert à nuancer son appréciation quelque peu succincte, voire à organiser des examens psychologiques complémentaires. Le Dr J.\_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée présentait par ailleurs une problématique ostéoarticulaire, pour laquelle à tout le moins un bilan ergonomique paraissait justifié.

Dans un questionnaire complémentaire de l'OAI daté du 16 mars 2011, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a indiqué que les limitations fonctionnelles induites par l'atteinte cervicale de l'assurée se traduisaient par des douleurs intermittentes, une impossibilité à rester dans la même position trop longtemps, une limitation du mouvement de la tête et une diminution de la force du côté gauche. Elle a précisé que, du point de vue ostéoarticulaire, l'activité de conseillère ORP n'était pas exigible à 100% et a évoqué un taux d'activité de 30% depuis septembre 2010. S'agissant de l'exercice d'une activité adaptée, la Dresse Q.\_\_\_\_\_ a observé que la trop grande fatigabilité et les douleurs intermittentes empêchaient l'assurée de travailler à 100% actuellement, qu'une lente augmentation du temps de travail semblait possible mais que l'état de santé n'était pas

encore stabilisé, la situation globale et surtout les soucis financiers de l'intéressée ne participant nullement à une évolution favorable de son état de santé.

Par avis médical du 31 mai 2011, les Drs W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_, du SMR, ont relevé que le Dr J.\_\_\_\_\_ s'était étonné de l'absence de tests effectués lors de l'examen psychiatrique au SMR. Ils ont par ailleurs observé que, sur le plan ostéoarticulaire, les renseignements à disposition étaient maigres s'agissant de déterminer l'importance de l'atteinte cervicale, de définir les limitations fonctionnelles y relatives et d'arrêter la capacité de travail exigible dans ce contexte. Cela étant, les médecins du SMR ont préconisé une expertise orthopédique et psychiatrique, avec liberté donnée aux experts de procéder le cas échéant aux tests psychologiques et/ou neuropsychologiques nécessaires.

L'OAI a mandaté le Centre [...] (ci-après : le Centre Z.\_\_\_\_\_) de [...] aux fins de réaliser cette expertise. Dans ce contexte, après avoir reçu une convocation idoine le 28 juin 2011, l'assurée a été examinée le 26 juillet 2011 par T.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, puis par le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, mais a fait défaut à l'examen fixé au 24 août 2011 avec le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, avant de donner finalement suite à une sommation de l'OAI lui enjoignant de se rendre à un nouveau rendez-vous avec ce médecin le 7 septembre 2011. Les spécialistes du Centre Z.\_\_\_\_\_ ont ensuite fait part de leurs conclusions dans un rapport du 2 mars 2012, auquel étaient annexés le résultat d'analyses de laboratoire portant sur des prélèvements sanguins du 7 septembre 2011 ainsi qu'un rapport du radiologue K.\_\_\_\_\_ du 9 juin 2009 consécutif à des radiographies de la colonne cervicale, concluant à des aspects radiologiques compatibles avec une lésion ligamentaire intéressant l'articulation atlanto-odontoïdienne, sans signe d'instabilité et sans autre lésion à signaler hormis un trouble statique de la colonne cervicale. Dans leur rapport, les experts ont noté que l'assurée avait consulté divers médecins par le passé - dont le psychiatre U.\_\_\_\_\_ et l'orthopédiste E.\_\_\_\_\_ en 2007, ainsi que le neurologue A.\_\_\_\_\_ en 2008 - et que le Dr O.\_\_\_\_\_, médecin généraliste, l'avait plus

particulièrement adressée au Dr G.\_\_\_\_\_ en 2009 pour des douleurs cervicales remontant à quelques mois, une petite boule faciale gauche et une hypoesthésie tactile et douloureuse du cinquième doigt gauche avec lâchage d'objets, les examens pratiqués à l'époque ayant mis en évidence une atteinte modérée du nerf cubital gauche au coude, sans autre anomalie significative ; en outre, l'intéressée avait à nouveau consulté le Dr G.\_\_\_\_\_ en avril 2010 en raison de douleurs cervico-occipitales gauches et de douleurs au niveau de l'omoplate gauche, avec des mouvements spontanés au niveau du pouce et des tremblements ainsi que quelques mouvements involontaires au niveau de la main droite avec des lâchages d'objet, l'examen neurologique pratiqué alors n'ayant apporté aucune explication à ces troubles. Pour le reste, le rapport d'expertise retenaient les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de troubles sans substrat somatique clairement objectivable et de trouble de l'humeur léger persistant sans précision, présent probablement depuis 2006 (F34.9), pour les motifs suivants :

## **"SYNTHÈSE ET DISCUSSION**

### *Rappel de l'histoire médicale :*

[...]

Alors que lors de l'examen neurologique pratiqué par le présent expert neurologique, en date du 28.05.2009, Madame B.\_\_\_\_\_ ne signalait pas de traumatisme cervical sur accident de la circulation, actuellement, l'assurée fait débuter ses plaintes par un accident de la circulation intervenu mi-septembre 2005, lors duquel, en doublant une voiture sur la route du lac, au moment de se rabattre, Madame B.\_\_\_\_\_ a heurté latéralement la voiture qu'elle dépassait. Ce n'est néanmoins qu'environ quatre semaines après que sont apparus les premiers symptômes à l'origine de l'incapacité de travail, avec des vertiges, des troubles de la vision, des acouphènes, une douleur occipitale et une fatigue progressive[.] Ultérieurement, la situation va se compliquer de douleurs cervicales, de troubles sensitifs notamment au niveau de l'hémicorps gauche, d'une impression de manque de force des 4 extrémités, de paresthésies le long de la face interne du membre supérieur gauche, etc...

[...]

### *Situation actuelle et conclusions :*

Sur le plan neurologique, Madame B.\_\_\_\_\_ se plaint de cervicalgies plutôt latéro-cervicales gauches, de douleurs au niveau de l'occiput, de l'omoplate gauche, de phénomènes de spasmes latéro-cervicaux gauches, de contractures dorsales gauches, de tremblements des deux membres supérieurs, de lâchage d'objets,

de paresthésies le long de la face interne de l'avant-bras gauche. Les traitements comportent Ponstan®, Co-Dafalgan® et Somnium®. [...]

En résumé, l'examen neurologique pratiqué dans le cadre de la présente expertise montre une nuque de mobilité légèrement limitée, dont la mobilisation paraît déclencher quelques douleurs latéro-cervicales et au niveau du trapèze à gauche. Il n'y a pas de contracture de la musculature para-vertébrale ni du chef supérieur du trapèze, mais les muscles para-cervicaux et le chef supérieur du trapèze paraissent sensibles à gauche. L'examen du rachis dorso-lombaire est sans particularité, si ce n'est que la musculature paravertébrale dorsale gauche paraît sensible, toutefois sans contracture significative. Les différentes épreuves de marche et la station debout sont sans particularité. L'examen de l'ATM est sans particularité. A l'examen des paires crâniennes, aucune anomalie n'est observée, si ce n'est des sortes de spasmes intermittents de la musculature cervicale antérieure gauche, très atypiques. L'examen des membres supérieurs est sans particularité, hormis un nerf cubital gauche restant luxable au niveau du coude, toutefois sans franc signe de Tinel, ni atteinte sensitivo-motrice actuellement significative. L'examen du tronc et des membres inférieurs est également normal.

Les radiographies standards de la colonne cervicale révèlent une raideur cervicale et une discrète angulation entre l'apophyse odontoïde et le corps de C2, sans signe d'instabilité sur les clichés de profil que la radiologue a considéré[es] comme compatibles avec une lésion ligamentaire intéressant l'articulation atlanto-odontoïdienne, mais pouvant à notre sens être encore tout à fait banale (constitutionnelle).

Nous avons pris note également du résultat de l'IRM cervicale fonctionnelle interprétée comme évoquant une atteinte traumatique de degré I du ligament alaire gauche.

Au terme du présent bilan, sur le plan neurologique, comme sur le plan neuropsychologique et psychologique, on est frappé par des déclarations peu précises, par moment contradictoires, ne pouvant trouver d'explication dans les conséquences de l'évènement accidentel de 2005, mais avec une anamnèse et un examen clinique n'apportant pas non plus d'autre explication somatique claire aux plaintes qui frappent par leur caractère à la fois multiple et mal systématisé.

L'examen neurologique proprement dit est à considérer comme sans anomalie significative. L'examen du rachis cervico-dorso-lombaire révèle tout au plus une petite limitation de la mobilité du rachis cervical, et une sensibilité à la palpation de la musculature cervico-dorsale, mais pas de contracture musculaire significative. Les phénomènes de spasmes au niveau latéro-cervical gauche antérieur sont visiblement psychogènes.

Le diagnostic d'atteinte du ligament alaire posé sur la base de l'IRM cervicale fonctionnelle reste à notre sens incertain et ne saurait de toute façon expliquer l'essentiel des plaintes formulées par Madame

B. \_\_\_\_\_ de même que l'incapacité de travail qui paraît en découler[.]

Sur le plan neurologique, l'anamnèse donnée par Madame B. \_\_\_\_\_, l'étude du dossier à disposition, le résultat du bilan somatique n'apportent donc pas la preuve d'une affection somatique significative expliquant les plaintes formulées par la patiente, et surtout l'incapacité de travail qui en découle.

Du point de vue thérapeutique, il apparaît que cette patiente a déjà recouru à de multiples traitements qui n'ont pas eu d'efficacité significative[.] Il paraît fortement indiqué de stopper les mesures thérapeutiques, notamment les mesures thérapeutiques agressives. On relèvera en outre que le dosage sanguin du Ponstan® et du Co-Dafalgan® donne des valeurs sanguines nulles ou très basses, ce qui permet de penser que l'intensité effective des douleurs est nettement moindre que ce que la patiente affirme.

La relation de causalité entre les plaintes et l'évènement accidentel de la mi-septembre 2005 est tout au plus possible, voire exclue.

En l'absence d'une affection clairement identifiable, il n'y a pas d'incapacité de travail significative à retenir dans l'activité exercée préalablement.

Sur le plan psychique, il est à relever que l'anamnèse est difficile, avec une expertisée imprécise, variant dans ses réponses, digressives, dissimulant certains éléments de l'anamnèse.

Madame B. \_\_\_\_\_ n'a aucune plainte spécifique, elle ne donne des réponses que sur questions dirigées, mais les réponses ne sont pas toutes claires. Il n'y a ainsi pas de plaintes manifestes d'un trouble de l'humeur d'intensité significative. L'anxiété est surtout réactionnelle aux soucis financiers[.]

C'est principalement la perte d'énergie, la fatigabilité et les troubles du sommeil qui sont évoqués.

A l'observation, on note une femme soignée, à l'hygiène préservée, capable de sourire, mais aussi de montrer des larmes[.] Il n'y a pas d'idéation suicidaire[.] Il y a une anhédonie et un ralentissement psychomoteur léger à modéré.

On relève par contre une tension psychique et physique importante.

Il n'y a pas d'élément en direction d'un trouble psychotique.

On se trouve ainsi devant un tableau d'anamnèse peu contributive et une observation d'imprécisions, digressions, dissimulations chez une assurée se montrant principalement anxieuse et tendue. Cette observation est la même chez les trois experts.

La neuropsychologue décrit des plaintes floues, une collaboration difficile et surtout des **rendements anormalement faibles dans un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche de réponse**. Les résultats sont incompatibles avec le niveau de formation de Madame B. \_\_\_\_\_, qui par ailleurs

se montre soignée et parfois souriante, ce qui va à l'encontre d'un trouble de l'humeur sévère[.]

On relèvera encore, que malgré les douleurs alléguées, le paracétamol est indétectable dans le sang[.]

*En conclusion*, sur la base de l'anamnèse et du status, il est difficile de construire une explication cohérente et unificatrice, qui permette de comprendre les dysfonctionnements constatés. Tout au plus, peut-on évoquer la présence d'une thymie dépressive d'intensité légère, mais qui ne justifierait pas en soi une incapacité de travail.

L'examen neuropsychologique montre des résultats incompatibles avec le niveau de formation de Madame B.\_\_\_\_\_, par ailleurs le fait des rendements anormalement faibles dans un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche de réponses suggère des facteurs de non collaboration et un manque d'effort significatif à l'origine des incohérences décrites.

Il n'y a en conséquence aucun argument pour justifier une incapacité de travail.

[...]"

Le 3 avril 2012, l'OAI a adressé au Centre Z.\_\_\_\_\_ un courrier comportant certaines remarques ainsi que des questions complémentaires formulées par le Dr W.\_\_\_\_\_ suite au rapport d'expertise du 2 mars 2012. Les observations de ce dernier médecin étaient libellées comme suit :

"Pour des raisons que j'ignore, l'expert psychiatre mentionne que le trouble de la personnalité n'est pas évaluable lors de l'examen. Or, dans la demande[,] il avait été mentionné que liberté était donnée aux experts de procéder à des tests jugés nécessaires. Et dans la demande était également noté que l'absence d'exams psychologiques complémentaires avait été critiquée par le médecin responsable de l'Unité de Santé au travail de l'[E]tat de Vaud, l'employeur de l'assurée.

Dans la conclusion, les experts estiment difficile de construire une explication cohérente et unificatrice permettant de comprendre les dysfonctionnements constatés. Or, tel est le but de l'expertise, et en l'absence d'une telle explication, il m'est difficile d'admettre la conclusion d'absence d'atteinte invalidante à la santé.

Ainsi, en l'état actuel, je considère que l'expertise n'a pas de valeur probante suffisante.

Afin de mieux comprendre le raisonnement des experts, je vous prie de prendre position par rapport aux remarques ci-dessus et de répondre aux questions suivantes :

1. Pour quelle raison est-ce que vous avez renoncé à explorer la personnalité de l'assurée ?
2. Est-ce que, au vu des conclusions de l'examen neuropsychologique, il pourrait s'agir d'un cas de simulation ?
3. Qu'est-ce qui vous permet, malgré l'absence d'explication cohérente et unificatrice, de retenir néanmoins l'absence [d'atteinte] invalidante et une pleine capacité de travail ?"

Dans écrit du 11 mai 2012, les experts du Centre Z. \_\_\_\_\_ ont apporté les réponses suivantes aux questions soulevées par le Dr W. \_\_\_\_\_ :

"1. Pour quelle raison est-ce que vous avez renoncé à explorer la personnalité de l'assurée ?

L'expert n'a pas renoncé à cela, mais simplement en raison des aspects très flous concernant l'anamnèse personnelle qui a pu être recueillie, il n'est pas possible de déterminer avec suffisamment de fiabilité s'il y avait ou non des difficultés personnelles et socia[les] antérieures et à l'origine d'une souffrance car un trouble de la personnalité apparaît dans l'enfance/adolescence.

2. Est-ce que, au vu des conclusions de l'examen neuropsychologique, il pourrait s'agir d'un cas de simulation ?

L'examen neuropsychologique a démontré un défaut d'effort manifeste, ce qui ne permet cependant pas d'affirmer un diagnostic de simulation [...]. Par contre, ce défaut d'effort peut être, pour le moins partiellement, voire complètement, conscient.

3. Qu'est-ce qui vous permet, malgré l'absence d'explication cohérente et unificatrice, de retenir néanmoins l'absence [d'atteinte] invalidante et une pleine capacité de travail ?

C'est avant tout l'intensité de la symptomatologie constatée qui ne justifie pas une incapacité de travail."

Par rapport SMR du 13 juin 2012, le Dr W. \_\_\_\_\_ a estimé que les conclusions du rapport d'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2012, complété le 11 mai 2012, rejoignaient celles du rapport d'examen clinique psychiatrique du Dr L. \_\_\_\_\_ du 17 janvier 2011 et que ces appréciations attestaient l'absence de pathologie psychique et somatique. Dans ces conditions, le Dr W. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assurée ne présentait aucune atteinte à la santé susceptible d'être prise en compte par l'AI et que la capacité de travail était entière dans toute activité.

En date du 15 juin 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de prestations AI. Considérant que l'examen clinique psychiatrique du SMR et l'expertise du Centre Z. \_\_\_\_\_ devaient se voir reconnaître valeur probante, l'office a retenu que la longue incapacité de travail de l'assurée ne pouvait être expliquée par une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI.

Dans ses objections du 20 août 2012 à l'encontre du projet précité, l'assurée a en substance contesté l'absence de limitations fonctionnelles et fait valoir que l'instruction médicale était incomplète, relevant notamment que l'expertise orthopédique initialement préconisée n'avait jamais eu lieu. Elle a par ailleurs produit un onglet de pièces et a exposé que les documents en question, bien que transmis au Centre Z. \_\_\_\_\_, n'avaient pas été pris en considération. Cet onglet comportait notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 23 juillet 2008 du Dr A. \_\_\_\_\_ adressé à la Dresse Q. \_\_\_\_\_, faisant notamment état de ce qui suit :

**"• Status post[-]accident de la voie publique avec un impact latéral droit en 2005.**

**• Syndrome douloureux complexe semblable à un syndrome post-distorsion cervicale.**

[...]

### **Synthèse et conclusion**

Ta patiente de 43 ans aux antécédents de céphalées épisodiques, subi un accident de voiture avec un impact dorso-latéral à droite durant un dépassement. Elle ne [se] souvient pas d'avoir heurté sa tête ni d'avoir subi un mécanisme clair de coup du lapin. Un mois après par contre la patiente développe une symptomatologie complexe avec un syndrome céphalgique gauche, vertiges, troubles visuels et d'acouphène, sans que des nouveaux traumatismes se soient installés ou d'autre maladie surajoutée. La symptomatologie s'étend progressivement sur tout le corps, parfois avec des descriptions très riches mais difficiles à attribuer à des structures anatomopathologiques. L'examen neurologique ne montre aucun déficit de la sensibilité, des réflexes ou de la force. La patiente montre une contracture musculaire bilatérale cervicale à prédominance gauche avec une limitation des mouvements fonctionnels à cause d'apparition des douleurs. Il n'y a pas d'instabilité de la marche, pas de signes cérébelleux ni des signes cortico-spinaux permettant de suspecter une origine démyélinisante

de ces symptômes très variés, touchant des multiples structures systémiques. Malgré que le mécanisme de l'accident n'était pas vraiment celui d'un coup du lapin, les symptômes présentés seulement un mois après ressemblent à ceux présentés par des patients avec un traumatisme whiplash ou distorsion cervicale. Si la prise en charge initiale et le suivi n'ont pas pu être effectués d'une manière rassurante, on découvre souvent de telles extensions sur le corps. [...]"

- un rapport du 28 mai 2009 du Dr G. \_\_\_\_\_ destiné au Dr O. \_\_\_\_\_, concluant en particulier à des troubles sensitivo-moteurs distaux du membre supérieur gauche trouvant leur explication dans une atteinte du nerf cubital gauche au coude, d'importance moyenne et avec menace fonctionnelle ;

- un rapport d'IRM cervicale du 23 juin 2009 rédigé par le Dr F. \_\_\_\_\_, radiologue, relevant d'une part une infiltration hyperintense T2 diffuse de la musculature paravertébrale gauche et prise de contraste extensive de cette dernière, aspécifique quant à son origine, ouvrant un diagnostic différentiel entre des lésions post-traumatiques inflammatoires, idiopathiques ou bio-mécaniques, et notant d'autre part un déplacement de la partie supérieure de la dent de C2, d'origine vraisemblablement constitutionnelle, apparemment déjà connu et investigué par l'IRM fonctionnelle réalisée à [...];

- deux écrits des 9 et 16 mai 2011 du Dr J. \_\_\_\_\_, le premier informant l'assurée que ce dernier médecin se ralliait à la position défendue par le médecin conseil de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud, lequel avait conclu sur la base des pièces en sa possession que l'intéressée était en droit de bénéficier de prestations dites d'invalidité totale et durable à la fonction, et le second écrit faisant part de cette même appréciation à la caisse susdite ;

- un rapport du 10 mai 2012 du Dr R. \_\_\_\_\_, radiologue, relatif à un CT-scan thoracique, mentionnant un remaniement post-fracturaire au niveau de la sixième côte gauche dans sa portion latérale postérieure - avec visualisation encore du trait de fracture - compatible avec une pseudarthrose, une réaction pleurale de voisinage relativement

significative et de discrètes bulles d'emphysème apicales au niveau du parenchyme pulmonaire avec mise en évidence de trois nodules pour lesquels une surveillance par CT-scan sur 18 mois était préconisée.

Par avis du 7 novembre 2012, le Dr W.\_\_\_\_\_ et le Dr Y.\_\_\_\_\_ du SMR ont réfuté les objections soulevées par l'assurée sur le plan médical. Ils ont relevé tout d'abord que, les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ n'ayant pas retenu d'anomalies au status clinique entraînant des limitations fonctionnelles basées sur une pathologie physique ou psychique, ces spécialistes avaient par conséquent conclu à l'absence de restrictions à prendre en compte - ce qui ne voulait pas dire que les douleurs alléguées étaient inexistantes ou inventées, mais signifiait qu'elles n'étaient pas expliquées par les examens cliniques et paracliniques. Par ailleurs, s'il avait été considéré dans un premier temps que l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ manquait d'explication cohérente et unificatrice, le complément d'expertise requis dans un second temps avait permis de dissiper tout doute à cet égard. En outre, les médecins du SMR ont souligné qu'il avait été tenu compte des avis du Dr J.\_\_\_\_\_ - les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ ayant en particulier expliqué les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas réalisé de tests psychologiques - comme des renseignements et propositions du médecin cantonal à l'intention de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud. Ils ont ajouté que les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ avaient procédé aux examens qui leur avaient paru justifiés en fonction de l'analyse du dossier, des plaintes et des constatations cliniques. Enfin, les Drs W.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ ont retenu que la constatation radiologique découlant du rapport de CT-scan thoracique du 10 mai 2012 ne pouvait être analysée sans confrontation avec les plaintes et les constatations cliniques. A cet égard, l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ mentionnait certes des douleurs dans la région de l'omoplate gauche ainsi qu'une sensibilité à la percussion de la colonne dorsale, mais sans contracture en regard. Quant au Prof. N.\_\_\_\_\_, il avait évoqué des douleurs thoraciques qu'il n'était pas parvenu à attribuer à une lésion de la colonne cervicale et qui ne lui avaient pas paru constituer un obstacle à la reprise de son activité professionnelle. Cela étant, les médecins du SMR ont relevé que, plus que le diagnostic

radiologique, c'était la répercussion clinique d'une lésion découverte à l'imagerie qui était importante pour apprécier son influence sur la capacité de travail. Or, dans le cas particulier, il avait été jugé que les douleurs en question n'avaient pas une intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail. Partant, les médecins du SMR ont considéré que l'instruction était complète et ont maintenu la position de ce service.

Par décision du 23 janvier 2013, l'OAI a confirmé son projet du 15 juin 2012, dont il a repris la motivation. A teneur d'une lettre explicative du même jour, l'office a exposé en substance que l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ et son complément avaient pleine valeur probante et qu'en l'espèce, au vu du dossier, un examen orthopédique ne s'avérait manifestement pas nécessaire.

**B.** B.\_\_\_\_\_ a recouru le 25 février 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique judiciaire et, sur le fond, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des conclusions de l'expertise orthopédique à intervenir. En substance, la recourante relève que le Dr J.\_\_\_\_\_ a évoqué une problématique ostéoarticulaire dans son rapport du 14 mars 2011 et que, conformément à l'avis du SMR du 31 mai 2011, le mandat confié au Centre Z.\_\_\_\_\_ portait sur une expertise psychiatrique et orthopédique. Ce centre ayant procédé à une évaluation dépourvue de volet orthopédique, l'assurée considère que la cause a dès lors été instruite de manière lacunaire. En outre, le Dr G.\_\_\_\_\_ ayant été appelé par le passé à l'ausculter puis à rédiger un rapport la concernant le 28 mai 2009, la recourante estime que ce médecin avait l'obligation de se récuser, le rapport du 28 mai 2009 rendant « *plus que vraisemblable* » l'existence d'une opinion préconçue de ce spécialiste à son endroit.

Par réponse du 22 avril 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. D'une part, l'OAI réfute toute lacune d'instruction sur le plan médical et se réfère en particulier à un avis du 8 avril 2013 des Drs

P.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_ du SMR, aux termes duquel ces médecins estiment qu'il se justifiait en l'espèce de procéder à une expertise comportant un volet psychiatrique et un volet neurologique, compte tenu des divers documents au dossier évoquent un coup du lapin en 2005, des exigences propres à ce type de problématique et des plaintes de l'assurée concernant non seulement des douleurs cervicales mais également parfois des vertiges ainsi que des troubles d'allure neuropsychologique sans origine médicale démontrée. D'autre part, l'OAI considère que les griefs de la recourante quant à une éventuelle récusation du Dr G.\_\_\_\_\_ ne peuvent être reçus, l'intéressée ayant attendu la présente procédure de recours pour s'en prévaloir.

Par écriture du 8 juillet 2013, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques complémentaires à formuler et a pour le surplus renvoyé aux motifs et conclusions de son recours ainsi qu'à ses objections du 20 août 2012.

### **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'AI (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'AI (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).

En l'espèce, formé en temps utile 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.

**b)** 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 et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être

exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins 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.

**b)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

**c)** De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être

écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; cf. TF 9C\_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2).

**d)** Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C\_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée).

**4.** Se fondant sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 17 janvier 2011 ainsi que sur le rapport d'expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrie du Centre Z. \_\_\_\_\_ du 2 mars 2012 et son complément du 11 mai 2012, l'OAI considère que la recourante ne présente pas d'atteintes somatiques ou psychiques susceptibles d'entraver sa capacité de travail et de gain.

La recourante, pour sa part, conteste cette appréciation se prévalant, d'une part, d'un motif de récusation à l'encontre de l'expert

neurologue du Centre Z.\_\_\_\_\_ - le Dr G.\_\_\_\_\_ - et en invoquant, d'autre part, une instruction lacunaire sur le plan médical.

**5.** En ce qui concerne tout d'abord le motif de récusation invoqué à l'encontre du Dr G.\_\_\_\_\_, la recourante rappelle avoir été auscultée courant 2009 par ce médecin, lequel avait à l'époque formulé les conclusions suivantes dans son rapport du 28 mai 2009 : « *pour ce qui est des douleurs cervicales, le présent bilan n'objectivise pas d'atteinte neurologique associée. Pour ce qui est de la "boule" faciale gauche, pas d'éléments pathologiques certains mis en évidence sur le plan neurologique. Pour ce qui est des troubles sensitivo-moteurs distaux du moment supérieur gauche, ces derniers trouvent leur explication dans une atteinte du nerf cubital gauche* ». Voyant dans ce rapport médical l'indice d'une opinion préconçue du Dr G.\_\_\_\_\_ à son égard, l'assurée en déduit que ce praticien avait l'obligation de se récuser dans le cadre du mandat d'expertise confié au Centre Z.\_\_\_\_\_ et que, dans la mesure où il ne l'a pas fait, les conclusions émises à l'issue de l'expertise en question ne peuvent être suivies (cf. mémoire de recours du 25 février 2013 p. 2).

**a)** Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (cf. ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité).

En cas de litige, il ne convient pas de confier une expertise à un médecin traitant étant donné le conflit qui peut résulter de son rôle à la fois de fournisseur de soins, d'une part, et d'expert, d'autre part. Toutefois, le simple fait qu'il a déjà eu l'occasion d'examiner une personne n'empêche pas d'emblée un médecin de se voir confier plus tard une

expertise. Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsqu'il aboutit à des conclusions défavorables à une partie. Il en va autrement si les circonstances donnent objectivement l'apparence de la prévention et font craindre une activité partielle, comme lorsque le rapport d'expertise n'est pas neutre ni objectif. Dans ce cas, il faut admettre l'existence d'un motif de récusation (cf. ATF 127 I 196 consid. 2b ; cf. TF 8C\_160/2009 du 23 décembre 2009 consid. 3.2.2 ; cf. TFA I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.3.1 et I 29/04 du 17 août 2004 consid. 2.2 et les références).

Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (cf. ATF 134 V 93 consid. 7.1), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111, I 128/98 du 21 janvier 2000), il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (cf. ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; cf. consid. 1b non publié de l'ATF 126 V 303 [SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités] ; cf. Jacques Olivier Piguet, Le choix de l'expert et sa récusation : le cas particulier des assurances sociales, in REAS 2011, p. 135).

**b)** En l'espèce, la recourante n'allègue pas - et a fortiori ne démontre pas - que, dans le cadre du mandat d'expertise confié au Centre Z.\_\_\_\_\_, l'appréciation du Dr G.\_\_\_\_\_ manquerait de neutralité ou d'objectivité. Elle se prévaut simplement d'un rapport thérapeutique antérieur pour contester l'impartialité de l'expert neurologue, ce qui n'est pas suffisant au vu de la jurisprudence évoquée ci-dessus. Au reste, rien dans le rapport d'expertise du 2 mars 2012 ou son complément du 11 mai 2012 ne permet de conclure à l'apparence d'une prévention. En particulier, le rapport d'expertise ne fait aucun secret des consultations de l'assurée auprès du Dr G.\_\_\_\_\_ courant 2009 puis en avril 2010 et résume les observations formulées par ce médecin dans ce contexte (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 6). Ces éléments ont été évoqués objectivement, dans une perspective anamnétique, et s'ils constituent un aspect de l'évaluation clinique effectuée lors de l'expertise du Centre

Z.\_\_\_\_\_ (cf. ibid. p. 9 et 14 ss), on cherche en vain toute trace susceptible d'indiquer que l'appréciation de l'expert G.\_\_\_\_\_ aurait été influencée par des impressions subjectives qu'il aurait pu concevoir suite aux deux consultations de 2009 et 2010. Dans ces conditions, les griefs invoqués par l'assurée à l'encontre de l'impartialité de l'expert neurologue apparaissent dénués de fondement.

A cela s'ajoute que la recourante avait d'emblée connaissance des motifs de récusation qu'elle invoque à l'encontre du Dr G.\_\_\_\_\_. Lorsque l'OAI lui a communiqué le nom de celui-ci, à l'occasion de la convocation du 28 juin 2011, elle n'a soulevé aucune objection, ni n'a informé l'office du fait qu'elle avait déjà consulté ce médecin par le passé. Après l'expertise, elle n'a pas davantage émis de critiques sur ce plan auprès de l'OAI, se prévalant uniquement d'une instruction médicale globalement insuffisante à réception du projet de décision du 15 juin 2012. Ce n'est qu'après la décision du 23 janvier 2013 qu'elle a pour la première fois fait valoir le grief de prévention à l'encontre du Dr G.\_\_\_\_\_, ce qui est contraire à la bonne foi et ne saurait donc être admis. Dans ces circonstances, il convient d'autant plus d'écarter le grief de prévention soulevé par la recourante.

**6.** Cela étant, il reste à examiner si l'office intimé était fondé à nier l'existence d'atteintes incapacitantes sur la base du rapport d'examen clinique psychiatrique établi par le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR le 17 janvier 2011 ainsi que du rapport d'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_ du 2 mars 2012 et son complément du 11 mai 2012.

**a)** Sur le plan somatique, il ressort du dossier que la recourante, connue par le passé pour des troubles oculaires et digestifs n'étant plus d'actualité, a par ailleurs été victime d'un accident de la route en 2005, à la suite de quoi elle a développé des cervicalgies associées à des problèmes de vertiges, des difficultés de concentration, de la fatigabilité et des troubles du sommeil.

Il est constant que des troubles au niveau cervical ont été mis en avant dans le cadre de la présente affaire. A l'occasion de l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_, il est notamment apparu que cette problématique avait motivé une consultation auprès de l'orthopédiste E.\_\_\_\_\_ en 2007 et que celui-ci avait réalisé une tentative d'infiltration partiellement positive (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 5) ; pour le reste, on ignore tout des conclusions formulées à l'époque par ce médecin. Face à la persistance des douleurs au niveau cervical, la dénervation des articulations C2-C3, C3-C4, C5-C6 et C6-C7 a été pratiquée par le Prof. N.\_\_\_\_\_ en 2009 et 2010, entraînant une amélioration de la symptomatologie à ce niveau (cf. rapports des 19 mai, 3 septembre et 29 septembre 2010). Dans son avis du 14 mars 2011, le Dr J.\_\_\_\_\_ a toutefois insisté sur la problématique ostéoarticulaire de l'assurée. Quant à la Dresse Q.\_\_\_\_\_, médecin traitante, elle a indiqué le 16 mars 2011 que l'atteinte cervicale induisait notamment des douleurs intermittentes, une impossibilité à rester dans la même position trop longtemps, une limitation du mouvement de la tête et une diminution de la force du côté gauche. Cela étant, le SMR a observé que les renseignements étaient maigres sur le plan ostéoarticulaire et a de ce fait préconisé la mise en œuvre d'une expertise comportant un volet orthopédique aux fins de déterminer l'importance de l'atteinte cervicale, de définir les limitations fonctionnelles y relatives et d'arrêter la capacité de travail exigible dans ce contexte (cf. avis médical SMR des Drs W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ du 31 mai 2011). A juste titre, la recourante observe cependant que le volet somatique de l'expertise a en définitive été confié non pas à un orthopédiste mais à un neurologue. Sur ce point, le SMR - et corollairement l'OAI - estime que le choix d'un expert neurologue était justifié dès lors que les plaintes de l'assurée concernaient non seulement des douleurs cervicales mais également parfois des vertiges ainsi que des troubles d'allure neuropsychologique sans origine médicale démontrée (cf. avis médical SMR du 8 avril 2013 des Drs V.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_). Il convient toutefois de souligner que l'orthopédie et la neurologie constituent deux domaines distincts de la médecine. Ainsi, le fait qu'un avis neurologique ait été recueilli pour évaluer certaines conséquences physiques d'un coup du lapin ne suffit pas pour exclure la nécessité d'un

avis orthopédique, voire rhumatologique, en présence d'indices d'une atteinte concrète de l'appareil locomoteur. Dans le cas particulier, cette ligne de conduite n'a manifestement pas été respectée. Il est en effet constant que l'IRM fonctionnelle réalisée en 2008 au Centre H. \_\_\_\_\_ de [...] - dont il faut certes tenir compte avec une certaine réserve, dès lors qu'il ne s'agit pas d'une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale (cf. TF 8C\_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.2 et les références citées) - a mis en évidence une lésion du ligament alaire gauche de degré I à II selon Krakenes, que les radiographies réalisées le 9 juin 2009 par le Dr K. \_\_\_\_\_ ont montré une lésion ligamentaire intéressant l'articulation atlanto-odontoïdienne ainsi qu'un trouble statique de la colonne cervicale, et que le Dr F. \_\_\_\_\_ a observé le 23 juin 2009 des irrégularités au niveau de la musculature paravertébrale gauche - ouvrant un diagnostic différentiel entre des lésions post-traumatiques inflammatoires, idiopathiques ou bio-mécaniques - ainsi qu'un déplacement de la partie supérieure de la dent de C2. Par ailleurs, si la prise en charge orthopédique réalisée en 2007 par le Dr E. \_\_\_\_\_ (dont on ignore les conclusions à ce jour) a rencontré un succès partiel et si les interventions pratiquées en 2009 et 2010 par le Prof. N. \_\_\_\_\_ ont permis la disparition de la symptomatologie en C5-C6 et C6-C7 et une amélioration partielle en C2-C3 et C3-C4 (cf. rapport du 29 septembre 2010), il demeure que tant le Dr J. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 14 mars 2011) que la Dresse Q. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 mars 2011) ont persisté à signaler une atteinte ostéoarticulaire, respectivement une atteinte cervicale engendrant des limitations non négligeables. Ces différents points - que le neurologue G. \_\_\_\_\_ n'a examinés que superficiellement s'agissant par exemple du caractère banal des atteintes observées par le radiologue K. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 15) - auraient de toute évidence mérité d'être appréciés par un médecin disposant de connaissances spécialisées en orthopédie. Pris dans leur totalité, les éléments qui précèdent démontrent par conséquent l'existence de troubles ostéoarticulaires qui n'ont en tant que tels, jusqu'à aujourd'hui, pas fait l'objet d'une analyse suffisamment circonstanciée. Sur ce point, dès lors, le dossier médical s'avère incomplet.

On ajoutera ici par surabondance que postérieurement à l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_, mise en œuvre entre juillet et septembre 2011, l'assurée a produit un rapport du 10 mai 2012 du Dr R.\_\_\_\_\_ consécutif à un CT-scan thoracique, concluant à une sémiologie compatible avec une pseudarthrose au niveau de la sixième côte, avec une réaction pleurale de voisinage relativement significative, ainsi qu'à des bulles d'emphysème apicales au niveau du parenchyme pulmonaire, avec notamment trois nodules pour lesquels une surveillance par CT-scan sur 18 mois était préconisée. A ce propos, le SMR a observé que cette constatation radiologique ne pouvait être analysée sans confrontation avec les plaintes et les constatations cliniques et que tant le Prof. N.\_\_\_\_\_ que les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ n'avaient pas reconnu de caractère incapacitant aux douleurs thoraciques de l'assurée (cf. avis médical SMR des Drs W.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2012). Le SMR omet toutefois de relever que le Prof. N.\_\_\_\_\_ comme les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ - qui ont évoqué les douleurs thoraciques de la recourante respectivement en 2010 et 2011 - ignoraient tout de l'atteinte thoracique objectivée en 2012, leurs conclusions reposant à cet égard sur des données fragmentaires. A ce jour, il reste qu'aucun médecin n'a encore analysé les constatations radiologiques du 10 mai 2012 à la lumière d'un examen clinique objectif et des plaintes subjectives de l'assurée, ni à plus forte raison émis un avis éclairé sur la question, ce qui constitue sous cet angle également une lacune d'instruction, étant souligné que le rapport radiologique du 10 mai 2012 n'a pas été transmis au Centre Z.\_\_\_\_\_ pour avis.

Sur le plan neurologique, les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ ont retenu des troubles sans substrat somatique clairement objectivable et sans impact sur la capacité de travail. Ils ont estimé que les plaintes formulées par l'intéressée ne pouvaient être rattachées à une atteinte somatique significative et ils ont estimé que la relation de causalité entre les plaintes et l'événement accidentel de la mi-septembre 2005 était tout au plus possible, voire exclue. Ils n'ont toutefois fourni aucune explication sur ce dernier point. On relèvera notamment que, bien qu'ayant signalé l'examen neurologique réalisé en 2008 par le Dr A.\_\_\_\_\_ (cf. rapport

d'expertise du 2 mars 2012 p. 5), les experts n'ont en revanche fait aucune mention des conclusions de ce médecin. Ainsi, ils ne se sont pas prononcés sur le fait que le Dr A.\_\_\_\_\_ avait retenu l'existence d'un syndrome douloureux complexe semblable à un syndrome post-distorsion cervicale, considérant que les symptômes présentés par l'assurée seulement un mois après son accident étaient semblables à ceux observés en cas de whiplash ou distorsion cervicale et que lorsque la prise en charge initiale et le suivi n'avaient pas pu être effectués d'une manière rassurante, on découvrait souvent de telles extensions sur tout le corps (cf. rapport du 23 juillet 2008) - avis manifestement partagé par la Dresse Q.\_\_\_\_\_ selon laquelle les symptômes de l'assurée seraient de plus en plus connus suite à des lésions traumatiques cervicales (cf. rapport du 22 octobre 2009). En ce sens, l'appréciation paraît insuffisamment motivée sous l'angle neurologique et ne permet notamment pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence - et a plus forte raison sur l'impact - d'une atteinte dépourvue de substrat organique à la suite d'un traumatisme de type coup du lapin survenu en septembre 2005, étant précisé que des règles spécifiques sont applicables pour apprécier l'invalidité induite par de tels traumatismes (cf. sur la question ATF 136 V 279).

A l'aune de ce qui précède, force est de constater que l'instruction s'avère insuffisante sur le plan somatique.

**b)** Au niveau psychique, on rappellera que le Dr L.\_\_\_\_\_ du SMR a retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie psychiatrique passée ou actuelle et que, sous cet angle, la capacité de travail était entière dans toute activité et ce depuis toujours. Quant aux experts du Centre Z.\_\_\_\_\_, ils ont admis que la recourante présentait un trouble de l'humeur léger persistant sans précision, présent probablement depuis 2006, mais ont retenu que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail.

Le Dr L.\_\_\_\_\_ a motivé sa position de manière particulièrement succincte, sans réelle explication, et n'a du reste pas

convaincu le SMR qui a estimé qu'une expertise avec un volet psychiatrique et, le cas échéant, des tests psychologiques/neuropsychologiques s'imposait (cf. avis médical SMR du 31 mai 2011) – raisons pour lesquelles le rapport d'examen clinique de ce psychiatre du 17 janvier 2011 ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans.

Par ailleurs, contrairement au SMR et à l'OAI, le présent tribunal ne peut non plus se fier aux conclusions de l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_, dont les experts admettent s'être prononcés sur la base de données anamnestiques lacunaires (cf. notamment rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 15). A l'examen du dossier, on constate en particulier que les médecins de l'Unité de santé au travail de l'Etat de Vaud ont évoqué un état dépressif réactionnel en 2006 et que, par compte-rendu du 9 octobre 2007, la Dresse S.\_\_\_\_\_ a précisé qu'une problématique majoritairement psychique avait été mise en évidence en 2006, qu'une évaluation psychiatrique avait ensuite été réalisée par le Dr U.\_\_\_\_\_ - en 2007, selon les précisions ultérieurement fournies par l'assurée (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 6) - mais que les résultats de cette évaluation demeuraient inconnus, l'intéressée n'ayant pas délié ledit psychiatre du secret médical ; le Prof. N.\_\_\_\_\_ a par ailleurs implicitement évoqué des difficultés psychiques en indiquant qu'un éventuel programme de réinsertion professionnelle devrait être adapté à la personnalité de l'assurée (cf. rapport du 19 mai 2010). On peut dès lors s'étonner que, nantie de ces informations, l'administration n'ait à aucun stade tenté d'obtenir de plus amples renseignements auprès du corps médical ou de l'assurée (le cas échéant en l'avertissant des conséquences d'un défaut de collaboration) et que les experts n'aient quant à eux pas vu la nécessité d'approfondir ces points afin d'étoffer l'anamnèse. L'attitude des experts est d'autant moins compréhensible qu'ils ont exposé n'avoir pu explorer la personnalité de la recourante en raison d'une anamnèse personnelle trop floue ne permettant pas de déterminer avec suffisamment de fiabilité s'il y avait ou non des difficultés personnelles et sociales antérieures à l'origine d'une souffrance, un trouble de la personnalité apparaissant généralement dans l'enfance ou l'adolescence

(cf. complément d'expertise du 11 mai 2012 ch. 1). Or, dans la mesure où une lecture attentive du dossier permettait d'identifier des mesures d'instruction susceptibles d'étayer l'anamnèse, on peine à comprendre qu'aucune démarche n'ait été effectuée dans ce sens, respectivement que les spécialistes du Centre Z.\_\_\_\_\_ aient préféré laisser ouverte la question d'un trouble de la personnalité plutôt que de réserver leurs conclusions dans l'attente de renseignements complémentaires. A cela s'ajoute qu'en dépit des critiques émises dans ce sens par le Dr J.\_\_\_\_\_ (cf. avis du 14 mars 2011) ainsi que du mandat initialement décrit par le SMR (cf. avis médical du 31 mai 2011), les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ n'ont pas procédé à des tests psychologiques. Contrairement à ce paraît suggérer le SMR (cf. avis médical du 7 novembre 2012, en relation avec le complément d'expertise du 11 mai 2012), les experts ne pouvaient toutefois se retrancher derrière une anamnèse trop floue, ne permettant pas d'évaluer la personnalité de la recourante, pour renoncer à effectuer des tests psychologiques alors même que ces tests auraient permis d'apporter des repères objectifs dans un dossier médical comportant de nombreuses zones d'ombre au niveau de l'anamnèse. Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour ne peut donc se rallier aux conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du Centre Z.\_\_\_\_\_.

Au demeurant, on notera qu'à l'époque de la mesure d'orientation professionnelle suivie au Centre X.\_\_\_\_\_ du 27 septembre au 24 décembre 2010, l'assurée s'est distinguée par une attitude coupée de la réalité et un discours difficilement compréhensible lié aux effets de sa médication, et qu'elle a paru agitée et fébrile au point de conduire les différents intervenants à suspecter un trouble psychique. Certes, ces observations ont été faites dans le contexte d'un stage professionnel et n'ont pas la même valeur que des données médicales (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). On peut toutefois déplorer que ces données - qui tranchent manifestement avec le comportement de l'assurée décrit lors des examens cliniques pratiqués au SMR puis au Centre Z.\_\_\_\_\_ - n'aient aucunement été intégrée à l'analyse des experts intervenus dans le présent dossier. Il est vrai que les tests sanguins réalisés en 2011 n'ont pas mis en évidence une consommation médicamenteuse problématique.

Pour le reste, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a pas même évoqué le stage précité, contemporain de son examen clinique, tandis que les spécialistes du Centre Z.\_\_\_\_\_ ont uniquement mentionné la mise en œuvre d'une telle mesure, sans autre précision. Dans ces conditions, on ne peut qu'être frappé par la description de diverses facettes du comportement de l'assurée, qui demeurent en l'état inexplicables.

Il résulte de l'ensemble de ces considérations que, sur le plan psychique également, l'instruction mérite d'être complétée.

**c)** Sous l'angle neuropsychologique, les tests réalisés par les spécialistes du Centre Z.\_\_\_\_\_ ont mis en évidence une collaboration difficile, un manque d'effort avec des rendements anormalement faibles dans un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche de réponse et enfin des résultats incompatibles avec le niveau de formation de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 16). Ultérieurement, les experts ont précisé que le défaut d'effort manifeste ne permettait pas de conclure à un diagnostic de simulation et que ce défaut d'effort pouvait être pour le moins partiellement conscient, voire complètement (cf. complément d'expertise du 11 mai 2012). S'il n'est pas contesté que le défaut d'effort de l'assurée ne peut suffire pour conclure à une simulation, on ne peut en revanche suivre l'hypothèse avancée par les experts du Centre Z.\_\_\_\_\_ quant à l'origine délibérée ou non du défaut d'effort constaté. En effet, les lacunes du dossier sur le plan psychique ne permettent pas en l'état d'exclure une éventuelle pathologie pouvant justifier en tout ou en partie le manque d'implication de la requérante dans les tests proposés et expliquer en quoi les résultats obtenus seraient ou non compatibles avec la formation universitaire de celle-ci.

Autrement dit, les lacunes d'instruction constatées sur le plan psychique ne permettent pas de prendre position sur le plan neuropsychologique.

**d)** Finalement, on relèvera par surabondance que les pièces du dossier montrent que le cas de l'assurée a fait l'objet d'un examen de

la part de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud, dont le médecin conseil a conclu que l'intéressée était en droit de bénéficier de prestations dites d'invalidité totale et durable à la fonction, opinion partagée par le Dr J. \_\_\_\_\_ de l'Unité de santé au travail de l'Etat de Vaud (cf. courrier du Dr J. \_\_\_\_\_ des 9 et 16 mai 2011). Toutefois, la teneur du raisonnement de ces médecins demeure inconnue en l'état du dossier, l'intimé n'ayant pas demandé la communication de leurs conclusions aux fins d'étayer un dossier pourtant lacunaire - ce qui témoigne là encore de l'insuffisance de l'instruction.

**d)** En résumé, il apparaît que des lacunes d'instruction subsistent tant sur le plan somatique que sur les plans psychique et neuropsychologique. Les carences du dossier se reflètent d'ailleurs dans le fait que les experts du Centre Z. \_\_\_\_\_ ont avoué ne pas être parvenus à trouver d'explication cohérente et unificatrice aux dysfonctionnements constatés (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 16). A cet égard, les experts ne pouvaient éluder leurs incertitudes quant à l'origine des troubles observés en niant toute incapacité de travail sur la base de la seule intensité de la symptomatologie (cf. complément d'expertise du 11 mai 2012), alors même qu'ils n'avaient pas réussi à en déterminer clairement l'étiologie. En effet, on voit mal comment il serait possible d'apprécier en toute connaissance de cause l'intensité d'une symptomatologie dont on ignorerait la cause.

Par conséquent, à défaut d'informations médicales suffisantes, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le litige à satisfaction de droit.

**7. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, il s'avère que le dossier de la cause présente des lacunes sur le plan médical, non seulement sur le plan somatique mais également sous les angles psychiques et neuropsychologiques. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont pu être établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder aux mesures d'instruction utiles afin de compléter l'instruction médicale auprès des différents spécialistes ayant examiné la recourante depuis 2005, puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet orthopédique, un volet neurologique, un volet psychiatrique et un volet neuropsychologique) en vue de définir les troubles de la recourante et leur impact éventuel sur la capacité de travail de cette dernière. Sur cette base, il incombera ensuite à l'OAI, par le biais

d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'intéressée.

**8. a)** Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

**b)** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

La recourante, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD).

**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 23 janvier 2013 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérant puis nouvelle décision.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- B. \_\_\_\_\_,
- 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 :