

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 décembre 2015

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Berberat, juge, et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Gilliard, avocat, à Yverdon-les-Bains,

et

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

Art. 8, 16 et 17 LPGA ; art. 28 et 29 LAI ; art. 88a RAI.

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, est mère de quatre enfants, nés en 1990, 1996, 1999 et 2004. Sans formation professionnelle, elle a été occupée à un degré d'activité total de 100% par plusieurs employeurs, à savoir en qualité d'employée polyvalente au sein de la société coopérative O._____, de caissière auprès du Supermarché C._____ et de concierge auprès de S._____SA, ainsi qu'en effectuant des ménages pour des particuliers.

Elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels notamment par la F._____SA et la U._____SA.

B. Le 14 février 2009, alors que l'assurée circulait entre Payerne et Fribourg sur une route enneigée, son véhicule a été percuté de plein fouet par une voiture arrivant en sens inverse. Elle a été transportée à l'Hôpital E._____ où ont été diagnostiquées des « fractures de côtes », une « fracture du manubrium sternal », une « fracture de la crête iliaque droite », une « fracture-tassement de D12, L1 et L5 », une « contusion pulmonaire bilatérale », une « plaie au genou droit et une plaie occipitale. »

En date du 20 février 2009, elle a subi une « cyphoplastie en D12 » et a bénéficié d'un traitement conservateur.

Les conséquences financières de l'accident du 14 février 2009 ont été prises en charge initialement par la F._____SA, puis assumées par la U._____SA, après vérification des règles de compétence.

Les médecins spécialistes ayant traité l'assurée ont envisagé le recouvrement d'une capacité totale de travail dès le 1^{er} août 2009, à l'inverse de son médecin généraliste traitant, la Dresse H._____, laquelle a régulièrement attesté de la persistance d'une incapacité de travail de 100%.

Par courrier du 12 août 2009, les médecins de l'Hôpital D._____ ont cependant signalé à la F._____SA que l'assurée avait été hospitalisée depuis le 3 août 2009 en raison d'un « syndrome de stress post-traumatique (diagnostic principal) » et d'un « syndrome somatoforme douloureux (diagnostic secondaire) ». Ils ont indiqué que l'évolution était marquée par une recrudescence progressive des douleurs rachidiennes et thoraciques accompagnées de céphalées. Ils ont préconisé un séjour de la patiente en milieu spécialisé pour une réadaptation rachidienne et une prise en charge psychologique.

L'assurée a séjourné à cette fin à la Clinique K._____ à [...] du 18 août 2009 au 23 septembre 2009. Dans un rapport de synthèse du 29 septembre 2009, les Drs L._____, spécialiste en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, chef du service de réadaptation de l'appareil locomoteur, et M._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRIMAIRE**

- Thérapies physiques et fonctionnelles

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Rachialgies persistantes
- Céphalées tensionnelles et cervicogènes
- AVP [réf. : accident de la voie publique] le 14.02.2009 avec :
 - fracture des côtes I à gauche, V et VI à droite
 - fracture du manubrium sternal
 - fracture de la crête iliaque droite
 - fractures-tassements D12, L1, L5
 - minimes fractures-tassements du plateau supérieur de D2 et D3
 - contusions pulmonaires bilatérales
 - plaies du genou droit et occipitale
- Cyphoplastie D12, L1 et L5 le 20.02.2009
- Probable plexopathie brachiale gauche post-traumatique d'évolution favorable
- Petite hernie discale C4-C5 droite
- Petite hernie discale C5-C6 médiane
- Hernie discale C6-C7 droite

CO-MORBIDITES

- Plastie abdominale en 2004
- Césarienne en 1999
- Ablation d'un kyste dans la région dorsale en juillet 2009
- Cholécystectomie laparoscopique en juin 2009 ».

Les Drs L._____ et M._____ n'ont pas mis en évidence d'origine neurologique aux céphalées et vertiges décrits par l'assurée, mais ont préconisé, en cas de persistance de ces symptômes, une évaluation oto-rhino-laryngologique. Par ailleurs, dans le cadre d'un consilium psychiatrique réalisé le 19 août 2009, la Dresse N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pris en compte aucun diagnostic psychiatrique, en particulier pas de syndrome post-traumatique, et n'a émis aucune certitude quant à un trouble douloureux somatoforme persistant. Elle a précisé que l'assurée, bien intégrée en Suisse, de nature habituellement enjouée, active et disposant de bonnes ressources adaptatives, avait développé une attitude de catastrophisme en lien avec la gravité de ses lésions et leur pronostic (cf. rapport du 25 septembre 2009). S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les Drs L._____ et M._____ ont attesté une incapacité totale de travail du 23 septembre 2009 au 17 octobre 2009 en raison d'un handicap fonctionnel subjectif et d'une perception très élevée de la douleur.

C. L'assurée a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc en date du 27 octobre 2009 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé).

A l'occasion d'un entretien passé le 3 novembre 2009 à son domicile avec l'inspecteur de sinistres de la F._____ SA, l'assurée a indiqué avoir résilié les rapports de travail avec la O._____, alors que le contrat de travail conclu le 10 février 2009 avec le Supermarché C._____ prévoyait une augmentation de son taux d'activité (pour se monter à plus de 50% « si possible »).

Le 8 décembre 2009, la O._____ a complété un rapport d'employeur à l'attention de l'OAI, indiquant que l'assurée avait été d'abord engagée en qualité d'employée polyvalente sous contrat de durée déterminée du 3 novembre 2008 au 24 décembre 2008, avant de conclure un contrat de durée indéterminée pour exercer cette même fonction dès le

3 janvier 2009. Elle était rémunérée à hauteur d'environ 8 heures par semaine au tarif horaire de 22 fr. 23, mais avait résilié les rapports de travail avec effet au 31 mars 2009.

S._____SA a également adressé un rapport d'employeur à l'OAI le 15 décembre 2009, précisant que l'assurée occupait un poste d'employée d'entretien depuis le 1^{er} décembre 2000 à concurrence de 15 heures par semaine pour un salaire annuel de 19'982 fr. 50 dès 2009.

Le 22 décembre 2009, la Dresse H._____ a communiqué un rapport médical initial à l'OAI, faisant état des plaintes alléguées par sa patiente, soit de « douleurs extrêmement invalidantes au niveau lombaire », de « douleurs dans la région sternale », de « sciatalgies droites », ainsi que de « paresthésies des deux membres supérieurs, inconstantes ». Elle a attesté de la poursuite d'une incapacité totale de travail.

D. Dans l'intervalle, soit en date du 18 novembre 2009, la F._____SA a mandaté le Centre A._____ en vue d'une expertise portant sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée.

Le rapport corrélatif, daté du 29 janvier 2010, a été établi par le

Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a retenu au titre de diagnostics des « anciennes fractures de D12, L1 et L5, du sternum, des côtes et de la branche ischio-pubienne droite » en sus d'un « syndrome douloureux lombo-pelvien persistant ». Il a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse dont l'intensité ne pouvait être expliquée par les constatations morphologiques. Sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de concierge ou de caissière, alors que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, à savoir excluant le port de charges lourdes, la position en flexion du tronc, les mouvements répétitifs en flexion et extension du tronc, les stations

debout de longue durée, les longues marches ainsi que la position assise prolongée.

Par pli à l'OAI du 4 février 2010, le Centre JJ._____ a indiqué avoir reçu l'assurée en consultation à deux reprises, mais n'avoir pas « mis en évidence de déficit sensitivomoteur » en dépit d'une « symptomatologie algique diffuse limitant considérablement ses activités ». Etait préconisée une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale, tandis que les spécialistes dudit centre ne relevaient aucun argument radiologique ou clinique justifiant un arrêt de travail.

L'IRM en question a eu lieu précédemment en date du 25 janvier 2010 au sein de l'Hôpital D._____ qui en a communiqué le résultat en ces termes :

« On retrouve des discopathies dégénératives étagées de C4 à C7 avec une rectitude cervicale segmentaire.

En C5-C6 : on retrouve une petite hernie discale paramédiane et pré-foraminale droite associée à une uncarthrose avec un très probable contact radiculaire avec la racine C6 à droite. Pas de signe de canal étroit.

Par rapport à la précédente IRM, pas de modification du status, de l'hernie discale C5-C6 paramédiane et préforaminale droite.

Quant à l'hernie C4-C5, elle n'est plus retrouvée. »

L'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée le 20 mai 2010. Aux termes du rapport du 14 juin 2010, il a été confirmé qu'avant son atteinte à la santé, l'assurée assumait la conciergerie de son immeuble, conjointement avec son époux, une activité de vendeuse et caissière auprès du Supermarché C._____ et un emploi de caissière à la O._____, en sus de ménages auprès de particuliers. L'assurée avait cessé ces dernières activités et avait été licenciée en septembre 2009 par le Supermarché C._____. Etait seul maintenu le contrat de conciergerie, dont les tâches étaient effectuées par le mari de l'assurée depuis l'accident de février 2009. Vu ces éléments, l'enquêtrice de l'OAI a considéré que le statut de l'assurée était celui d'une personne active à 100%, tout en évaluant des empêchements dans le ménage à hauteur de 49,7%.

E. Par communication du 6 juillet 2010, l'OAI, sur recommandation du Service médical régional AI (ci-après : le SMR) du 17 mai 2010, a confié un mandat d'expertise psychiatrique à la Dresse T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 30 août 2010, cette experte a retenu le diagnostic de « status après notions d'épisode dépressif d'intensité sévère sans symptôme psychotique, actuellement en rémission partielle, F33.4 (intensité actuelle légère à moyenne avec syndrome somatique, F32.11) ». Elle a précisé que face à la notion de « syndrome douloureux persistant », l'évaluation des critères jurisprudentiels de gravité permettait de considérer la symptomatologie dépressive comme une comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Au vu des antécédents d'atteinte dépressive sévère qui avait réduit la capacité de l'assurée à surmonter ses douleurs, il se justifiait de reconnaître une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques depuis février 2009. Cela étant, compte tenu d'une évolution favorable, une exigibilité professionnelle pouvait être attendue de l'expertisée à concurrence de 50% dès le 1^{er} octobre 2010, puis vraisemblablement de 100% dès le 1^{er} janvier 2011.

Dans un courrier du 27 septembre 2010 adressé à la Dresse H._____, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de la U.____SA, a indiqué partager les avis des experts et recommandé à l'assureur de tenir compte d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Il a au surplus préconisé une reprise progressive d'un travail adapté, soit à 65% dès le 15 novembre 2010, à 80% dès le 15 décembre 2010, puis à 100% dès le 1^{er} janvier 2011.

Le SMR, sous la plume du Dr GG._____, a considéré le 7 octobre 2010 sur la base des conclusions de la Dresse T._____ que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et proposé l'actualisation de la situation dès janvier 2011.

Par décision du 24 novembre 2010, la U.____SA se référant à l'avis de son médecin-conseil, a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre

2010 et a réduit les indemnités journalières versées dès cette date conformément à ce taux.

L'OAI a adressé une communication à l'assurée le 13 octobre 2010, l'informant d'une mesure d'orientation professionnelle mise en œuvre en son sein. Le Service de réinsertion de l'OAI a toutefois constaté, après avoir reçu l'assurée en entretien le 16 décembre 2010, que des mesures professionnelles ne pouvaient être indiquées avant la stabilisation de son état de santé.

Le 21 janvier 2011, la U. _____ SA a fait parvenir à l'OAI le tirage d'un rapport établi le 22 décembre 2010 par le Dr Q. _____, médecin-chef au sein du Centre X. _____, où a été évoqué le diagnostic de « syndrome somatoforme douloureux chronique ». Il a considéré que sur le plan ostéoarticulaire, l'incapacité de travail de 50% selon le schéma déterminé par le Dr V. _____ était possible. Il a attesté une incapacité de travail à 70% les deux premières semaines de janvier, à 50% les trois semaines suivantes et à 25% les quatre semaines suivantes, sous suite de reprise normale du travail.

Le Dr W. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la U. _____ SA, s'est adressé à la Dresse H. _____ par _____ pli _____ du 11 janvier 2011, en observant notamment que le contexte clinique du cas d'espèce ne relevait plus d'une prise en charge spécialisée, mais d'un syndrome douloureux chronique pour lequel le lien de causalité devait être examiné.

Aux termes d'un rapport médical intermédiaire du 7 février 2011 à l'OAI, la Dresse H. _____ a relevé l'absence d'amélioration de l'état de santé de sa patiente, celle-ci n'ayant en conséquence pas été en mesure de reprendre une activité professionnelle et se trouvant toujours en arrêt total de travail. Elle a en outre précisé ce qui suit :

« [...] La patiente présente des douleurs extrêmement sévères de son rachis dans sa globalité, irradiant dans les membres supérieurs

et les membres inférieurs. Elle se déplace avec deux cannes et beaucoup de difficultés. Elle ne peut pas prendre ses repas avec sa famille. Elle n'assume pas les tâches ménagères, même les plus élémentaires. [...] »

Le 28 février 2011, la Dresse FF._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a également fait parvenir un rapport à l'OAI, attestant de sa prise en charge de l'assurée à compter du 16 novembre 2010. Elle a mentionné les diagnostics suivants :

« Axe I : Trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale, chronique (F45.4).

Trouble dépressif majeur, épisode isolé, sévère, sans caractéristiques psychotiques, chronique (F32.3).

Axe II : Pas de trouble antérieur de la personnalité.

Axe III : Trouble douloureux associé à une affection médicale de la région dorso-lombaire (M54.5).

Axe IV : Problèmes avec le groupe de support principal : dépendance sévère du mari et des enfants pour les activités domestiques quotidiennes en raison de la perte d'autonomie ;

- problèmes liés à l'environnement social : altération sévère du fonctionnement social antérieur, inactivité et isolement, dépendance d'autrui pour les déplacements, ne fréquente plus personne en dehors du cercle familial ;
- problèmes avec les services de santé : vécu d'incompréhension et crainte de par les assurances-maladie et accidents concernées par sa situation, désaccord avec les experts consultés.

Axe V : ECF [réd. : évaluation des capacités fonctionnelles] actuelle : 41 à 50. »

La Dresse FF._____ a par ailleurs relaté l'évolution de la situation, ses constats et les limitations fonctionnelles, en ces termes :

« [...] **Evolution :**

[...] **Depuis l'été 2009** les douleurs de la patiente n'ont pas évolué selon ses dires, c'est son état psychique qui s'est progressivement dégradé, malgré une mise sous citalopram dans un 1^{er} temps, remplacé par de la paroxétine début 2010, et un traitement psychologique chez Mme [...] à [...] : épuisement physique et psychique, troubles du sommeil, état anxieux et irritabilité augmentés, difficultés de plus en plus importantes à affronter ses tâches familiales et domestiques avec pour répercussion une détérioration de l'ambiance familiale. Les sentiments d'insuffisance et d'incapacité font progressivement place à de forts sentiments d'échec et de culpabilité, finalement se transforment en une détresse psychique avec sentiments de désespoir et idées de mort, la patiente rédige des écrits à valeur testamentaire, vit de possibles moments de raptus suicidaires (le mari la retrouve à 2 reprises sur le balcon, avec l'intention d'en sauter).

A ce jour la patiente reconnaît l'ampleur de son état dépressif, comprenant anhédonie, perte de capacité à envisager l'avenir, vécu d'échec de plus en plus fort entraînant des ruminations et des envies suicidaires. En cercle vicieux, la reconnaissance de cette atteinte qui met actuellement le psychisme au premier plan est vécue comme une mortification de plus par la patiente, aggravant l'état dépressif et sa douleur morale.

Constat médical :

Attitude ouverte et collaborante, comportement adéquat.

Mimique douloureuse, se déplace avec 2 cannes, torse en flexion antérieure.

Pendant les entretiens, présente des balancements lents du haut du corps ; interrogée à ce sujet, signale que ces mouvements constants amoindrissent ses douleurs.

Pas de trouble du cours de la pensée, excellente maîtrise du français, parle une langue secondarisée et articulée, capable d'abstraction et de symbolisation, cliniquement l'intelligence est excellente.

Thymie profondément déprimée, décrite par une souffrance morale, des sentiments de désespoir, d'échec et d'impuissance, de perte d'espoir.

Le contenu de la pensée n'est fait que de pensées négatives : sentiment d'avoir tout perdu de sa qualité de vie antérieure, de déchéance et de perte d'estime d'elle-même, de haine d'elle-même et de son corps. Sentiments d'incapacité par rapport à la vie quotidienne, de honte de sa dépendance, sentiment d'être un poids pour les siens, dit regretter parfois de ne pas être morte dans l'accident, évoque souvent penser au suicide pour « libérer ses proches », dit se raccrocher à ses enfants.

Se vit dans une impasse, l'avenir se voit sans espoir de solution.

Vécu d'incompréhension et sentiments d'injustice, de préjudice et de colère contre les différents médecins et soignants rencontrés depuis l'accident et dont elle estime qu'ils l'ont malmenée (le 1^{er} chirurgien qui voulait la renvoyer à domicile peu après l'intervention, les infirmières qui lui disaient que ses douleurs n'étaient rien, les différents experts dont elle s'est vécue mal comprise et mal estimée, voire traitée de menteuse ou de simulatrice, collègues décrits comme mettant en doute l'existence de ses douleurs, ou lui prescrivant des attitudes à suivre oralement pour ensuite mettre le contraire dans leurs écrits, etc). Le taux d'anxiété est très élevé, il n'y a par conséquent pas de ralentissement psycho-moteur, au contraire une légère agitation psycho-motrice se manifestant sous forme d'exacerbation de la vigilance, de labilité affective, d'irritabilité et de fébrilité.

Plaintes de troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement, de cauchemars et de réveils précoces.

Tout le tableau évoque un état dépressif profond, à forte tonalité anxieuse, avec degré suicidaire élevé. [...]

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

1) Restrictions physiques : Altération sévère du fonctionnement physique antérieur, perte de mobilité physique, d'autonomie, épuisement physique et psychique.

2) Restrictions psychiques : Retentissement majeur de la douleur et de l'état dépressif sur toutes les facettes de

l'existence de la patiente, avec inactivité et isolement social, tension et intolérance au stress. »

Elle a enfin mentionné ce qui suit au titre de discussion du

cas :

« **1) Etat psychique :** [L'assurée] présente à ce jour un tableau complet d'état dépressif sévère à forte tonalité anxieuse, dont je peux attester l'existence dès le 16.11.2010.

Je n'ai pas de doute quant à la présence de cette comorbidité psychiatrique, qui à elle seule justifie une incapacité de travail totale. Nous avons affaire ici à un trouble invalidant à causalité multiple.

2) Diagnostic somato-psychique : dans le contexte conflictuel et dépassé actuel, le diagnostic différentiel est délicat entre les catégories DSM-IV-TR.

- Trouble douloureux persistant (F45.4) associé à un état dépressif majeur (F32.3),
- ou une Douleur associée à une affection médicale, avec trouble de l'adaptation secondaire.

D'abord il y a lieu de rappeler que les douleurs dont la patiente se plaint sont d'une part réellement ressenties, et qu'elles n'ont pas à être mises en doute (pas de trouble factice, ni de simulation), et d'autre part elles sont isolées, ne sont pas ressenties « partout », mais au niveau de la ceinture dorso-lombaire, irradiant des 2 côtés depuis le lieu de l'intervention de la vertébroplastie, et rappelant à la patiente les douleurs profondes des contractions de l'accouchement (la patiente a accouché 4 fois).

Ces douleurs n'entravent pas la mobilité **passive**, c'est lors de la mobilisation **active** que la patiente limite d'elle-même tous ses gestes et positions, chacun aggravant les douleurs, dit-elle.

Il n'y a pas d'autre système impliqué, pas de plainte digestive ou gynécologique, pas de céphalées, le système locomoteur en lui-même n'est pas concerné, il n'y a pas de limitation articulaire.

La personnalité pré-morbide est décrite comme normale tant par le médecin traitant que par le mari, il n'y a pas d'atteinte chronique à la santé préexistante.

La suspicion d'une recherche consciente de profit lié à la maladie, telle que la patiente et son mari se le sont entendus dire par nos collègues, ne m'apparaît pas tenir : la patiente avait une bonne capacité de gain avant l'accident, ce que ne compenserait pas une rente AI.

Quand à un bénéficiaire inconscient, un statut de malade qui viendrait solutionner un conflit intra-psychique ou relationnel, je n'ai pas d'élément psychologique qui viendrait renforcer cette thèse : le vécu unique est celui d'une perte massive et douloureuse d'un fonctionnement global antérieur de bonne qualité.

Au moment de l'accident, il n'y avait pas de contexte conflictuel intra- ou extra-psychique pouvant expliquer l'émergence des troubles psychiques ultérieurs, ni la forme qu'ils ont prise (douleur isolée), ni leur évolution dans le temps.

Le diagnostic de trouble douloureux persistant exige d'exclure une affection médicale générale inapparente éventuellement curable.

La douleur présentée a-t-elle été suffisamment localement explorée ?

A 2 ans d'une fracture opérée, il n'est pas rare qu'il existe des douleurs résiduelles et de type nociceptif et de type neuropathique. Anamnestiquement, la patiente a présenté un syndrome de stress post-traumatique sur l'année 2009, qui s'est plus ou moins amendé depuis, et l'état dépressif actuel ne remonte pas aux suites immédiates de l'accident.

Au contraire l'état dépressif actuel est venu insidieusement et s'aggrave progressivement depuis le début de l'année 2010 d'après l'anamnèse, et c'est depuis l'automne 2010 seulement qu'il remplit tous les critères d'un état dépressif majeur sévère.

Dans son étiologie on voit le rôle joué par les douleurs, les troubles du sommeil, et les pertes étagées de l'intégrité physique antérieure, avec pour corollaire les pertes d'activités auparavant profitables pour tous et investies (travail, soins aux enfants, activités de loisirs et sportives, etc). [...] »

La U. _____ SA a pour sa part sollicité la Dresse T. _____ pour un complément d'expertise psychiatrique, destiné à relater l'évolution de l'état de santé psychiatrique de l'assurée eu égard à l'exigibilité de l'exercice d'une activité lucrative et à l'évaluation des critères pertinents en présence d'un trouble somatoforme douloureux. Dans son rapport du 11 mars 2011 faisant suite à un examen clinique du 23 février 2011, la Dresse T. _____ a retenu les diagnostics suivants :

- « Diagnostic(s) ayant des répercussions sur la capacité de travail
- Signes sévères compatibles avec une intoxication aux opioïdes sous prescription médicale (F11.24).
 - Interaction médicamenteuse contre-indiquée, prescrite de manière continue.
 - Status après épisode dépressif, actuellement en rémission (F33.4).

Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail

- Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). »

Son appréciation du cas est par ailleurs libellée en ces termes :

« [...] Sur le plan psychiatrique, les anamnèses familiale et personnelle sont vierges. Lors de la première expertise psychiatrique du mois d'août 2010, une symptomatologie dépressive est mise en évidence dont l'intensité avait, vraisemblablement, été sévère après l'accident au vu des signes énoncés (intentions suicidaires et positivité de tous les signes de dépression au sens des classifications internationales). A l'examen clinique, l'intensité résiduelle a été quantifiée comme légère à moyenne, permettant d'attester, encore momentanément, une comorbidité psychiatrique au syndrome douloureux somatoforme. A ce titre, une incapacité de travail totale du point de vue psychiatrique a été reconnue jusqu'à fin septembre 2010, avec une exigibilité professionnelle pouvant

être attendue à 50% dès le 1^{er} octobre 2010 et à 100% dès le 1^{er} janvier 2011.

Dans ce rapport du 30 août 2010, la proposition thérapeutique de réduire pour finalement supprimer le traitement opioïde de tramadol a été formulée, avec suggestion de le remplacer par un AINS [réd : anti-inflammatoire non stéroïdien]. En effet, la prescription conjointe de paroxétine et de tramadol est contre-indiquée, puisque le fort effet inhibiteur du Cyp 450 2D6 par la paroxétine bloque la métabolisation du tramadol en morphine, ne permettant pas d'en obtenir l'effet antalgique escompté. Par ailleurs, la prescription d'un traitement antidépresseur à composante combinée sérotoninergique et noradrénergique a été proposée, afin de relever le seuil de sensibilité douloureuse.

Cette interaction médicamenteuse et les propositions thérapeutiques ont été transmises par téléphone au médecin traitant le 30.08.2010.

Depuis lors, l'évolution de l'état de santé de l'expertisée est décevant, puisque ses douleurs sont perçues comme en aggravation et qu'aucune reprise de travail n'a pu être observée. Les plaintes ne concernent toutefois plus l'état de santé psychiatrique : en effet, en accord avec les dires de l'assurée, l'examen de ce jour ne montre plus de signe dépressif spécifique. Par contre, de graves troubles moteurs, de la vigilance et de la fréquence respiratoire évoquent en premier lieu une intoxication aiguë aux opioïdes. Il est surprenant de constater que les propositions psychopharmacologiques formulées dans la précédente expertise n'ont pas été suivies, puisque la prescription du tramadol et de la paroxétine a été maintenue, avec de plus augmentation des doses, l'expertisée disant prendre chaque jour 40 à 60 mg de paroxétine et 300 à 375 mg de tramadol (sans compter les autres médicaments prescrits, notamment le Temesta). L'expert ne peut garantir l'innocuité du traitement administré du point de vue du pronostic vital, autant pour l'intoxication aux opiacés suggérée par le tableau clinique (compliance irrégulière de la paroxétine ?), que pour le risque de syndrome sérotoninergique (tremor intentionnel observé) au vu de l'association des deux médicaments aux doses annoncées. Il n'y a aujourd'hui aucune exigibilité professionnelle chez cette assurée, mais pas pour des raisons d'atteinte psychiatrique à la santé. Il n'est pas non plus exclu que l'administration d'antalgiques à fortes doses et au long cours ait causé des effets paradoxaux, c'est-à-dire générer en elle-même une symptomatologie douloureuse.

Quant aux critères jurisprudentiels de gravité face aux symptômes douloureux chroniques, l'assurée n'a plus de comorbidité psychiatrique décelable. Selon les documents somatiques présents dans le dossier, les affections corporelles chroniques n'ont plus de caractère incapacitant. Le processus maladif s'étend actuellement sur deux ans avec des symptômes en accroissement. L'intégration sociale reste présente, tout en se restreignant aux membres de la famille et aux thérapeutes. Le processus défectueux de résolution de conflit pourrait être mis en corrélation avec un relâchement des mécanismes de défense et le maintien d'une âpreté contre le conducteur du véhicule responsable de l'accident, chez une femme qui a été extrêmement active auparavant. Les traitements prescrits (du point de vue de leurs doses et de leurs interactions) ne sont pas conformes aux règles de l'art et ne contribuent pas à la rémission de la symptomatologie. L'assurée n'a pas montré de signe de non-coopération, bien que son mode de pensée puisse l'enfermer dans

un processus d'invalidation (ruminations figées contre le responsable de l'accident, thème qui peut être abordé et soigné dans le cadre du suivi psychiatrique).

L'examen des critères jurisprudentiels de gravité conclut donc à l'absence de comorbidité psychiatrique à même de grever l'exigibilité professionnelle de l'intéressée. L'intoxication aux opioïdes n'étant pas considérée par les assurances sociales comme une maladie à caractère incapacitant, il n'y a plus, au sens strictement psychiatrique du terme et tenant compte de la jurisprudence actuelle, d'atteinte à la santé justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail au long cours. [...] »

F. Par une seconde décision du 15 avril 2011, confirmée sur opposition le 29 août 2011, la U. _____ SA a mis un terme à ses prestations avec effet au 23 février 2011, faute de lien de causalité entre la symptomatologie présentée par l'assurée et l'accident du 14 février 2009. Elle a en outre confirmé une exigibilité professionnelle de 100% dès le 1^{er} janvier 2011, ce qui entraînait la fin du versement des indemnités journalières dès le 31 décembre 2010.

Statuant sur recours de l'assurée dans un arrêt du 22 octobre 2012 (en la cause AA 94/11 - 100/2012), la juridiction cantonale l'a partiellement admis, en ce sens que le cas était renvoyé à la U. _____ SA pour décision sur le droit à la rente et à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). La décision sur opposition du 29 août 2011 était en revanche confirmée s'agissant du terme des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux. La Cour des assurances sociales a au surplus relevé que les rapports d'expertise des Drs R. _____ et T. _____ pouvaient se voir doter d'une pleine valeur probante ce qui rendait superflue toute mesure d'instruction complémentaire. La capacité de travail de l'assurée devait donc être considérée comme entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, tandis que le lien de causalité entre l'accident du 14 février 2009 et les troubles présentés au-delà du 23 février 2011 n'était par ailleurs pas réalisé. Suite au recours en matière de droit public interjeté par l'assurée le 26 novembre 2012, le Tribunal fédéral l'a rejeté dans un arrêt 8C_961/2012 du 18 juillet 2013.

G. Dans l'intervalle, après examen du rapport d'expertise de la Dresse T._____, la Dresse BB._____, médecin au SMR, a renoncé à se prononcer sur l'exigibilité dans un avis du 14 juin 2011, considérant que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé faute de traitement adéquat.

La Dresse H._____ a communiqué un rapport médical intermédiaire le 8 juillet 2011, soulignant que sa patiente ne souffrait pas d'une intoxication aux opioïdes, telle que l'avait envisagée la Dresse T._____. Elle a rappelé que le traitement était sous la gestion de la Dresse FF._____, alors que l'assurée ne s'était jamais présentée intoxiquée à sa consultation. Elle a au surplus fait part d'une situation stationnaire.

H. Aux termes d'une communication du 1^{er} mai 2012, l'OAI a signalé à l'assurée que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées et qu'il serait statué sur son droit à la rente. Par projet d'acceptation de rente du même jour, il a ainsi envisagé d'allouer une rente entière d'invalidité à l'assurée, fondée sur un degré d'invalidité de 100%, du 1^{er} avril 2010 (six mois après le dépôt de la demande de prestations) au 31 décembre 2010, réduite à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 50%, pour la période limitée s'étendant du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2011. Il a ce faisant pris en compte les conclusions de la Dresse T._____ et considéré que la capacité de travail de l'assurée avait été nulle à compter de la date de son accident jusqu'au 30 septembre 2010, pour ascender à 50% dès le 1^{er} octobre 2010 et à 100% dès le 1^{er} janvier 2011.

Par correspondance du 2 juin 2012, la Dresse FF._____ s'est adressée directement à l'OAI, notamment comme suit :

« Informée par la patiente susnommée de la décision AI la concernant, je suis pour le moins étonnée de la suppression de sa rente AI au 31.3.2011. Cette décision m'apparaît clairement ne pas correspondre à l'état clinique présenté par [l'assurée].

Votre décision semble reposer exclusivement sur l'expertise produite au 30.8.2010 par la Drsse T._____, avec son complément du 11.3.2011, [...] et dont je conteste les conclusions concernant la capacité de travail de l'assurée.

La Drsse T._____ n'a pas pris en compte l'ampleur de la dépression, ni celle des douleurs résiduelles invalidantes, pas plus que de leurs répercussions familiales et conjugales (séparation conjugale en cours).

Dans mon rapport à vos services du 28.2.2011, auquel je vous remercie de bien vouloir vous référer, j'avais proposé de procéder à une nouvelle expertise, impartiale et en milieu universitaire spécialisé, proposition dont je m'étonne qu'elle n'ait pas été suivie.

Suivie à ma consultation depuis novembre 2010, parallèlement à son traitement chez son médecin-traitant la Drsse H._____ à [...], [l'assurée] est clairement restée en incapacité de travail totale : elle souffre d'un état dépressif et anxieux majeur consécutif à l'accident de février 2009, dans les suites de traumatismes multiples du rachis et du bassin ayant entraîné des douleurs résiduelles importantes et invalidantes, sans amélioration depuis. [...] »

L'assurée, avec l'assistance de son conseil, Me Laurent Gilliard, a fait part de son désaccord avec le projet de décision du 1^{er} mai 2012 par écriture du 6 juin 2012. Considérant que les rapports d'expertise du Centre A._____ et de la Dresse T._____ n'étaient pas convaincants et mettant en exergue les rapports de ses médecins traitants, singulièrement de sa psychiatre, elle a conclu à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise sous suite de la reconnaissance d'une incapacité totale de travail sans limite temporelle.

La Dresse BB._____, dans un avis du 9 juillet 2012, cosigné par le Dr EE._____, médecin au SMR, a estimé que les éléments fournis en procédure d'audition n'étaient pas nouveaux et persisté dans sa précédente appréciation.

Le Supermarché C._____ a complété un rapport d'employeur le 19 juillet 2012, lequel a fait état d'un revenu mensuel brut de 2'418 fr. 40 servi à l'assurée pour un temps de travail de 21 heures par semaine et de la fin des rapports de travail avec effet au 30 septembre 2009.

La Dresse BB._____ a réexaminé les pièces médicales versées au dossier de l'assurée, en particulier eu égard au rapport médical établi _____ par _____ la Dresse FF._____ le 28 février 2011, sur recommandation du Service juridique de l'OAI. Compte tenu des divergences entre les conclusions de la psychiatre traitante et de la Dresse T._____ - en dépit d'examens cliniques effectués à moins de deux semaines d'intervalle - la Dresse BB._____ a préconisé la mise en œuvre d'une nouvelle expertise psychiatrique dans un avis du 22 octobre 2012.

Le mandat a été confié, par communication du 4 décembre 2012, _____ au Dr AA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a communiqué son rapport le 10 mai 2013 après avoir rencontré l'assurée et conduit des tests psychométriques en date du 13 mars 2013. Il a retenu les diagnostics d'un « état dépressif majeur, de gravité légère », de « probable trouble somatoforme douloureux » et de « personnalité à défenses passives-agressives ; éventuels traits histrioniques ». Ses constatations objectives font état notamment de ce qui suit :

« [...] **3.3. EXAMEN CLINIQUE DU 13 MARS 2013**

[L'assurée] se présente de façon ponctuelle au rendez-vous. Nous avons contrôlé sa carte d'identité. Il s'agit d'une femme présentant une légère surcharge pondérale, habillée en training. Elle se déplace à l'aide de deux cannes anglaises, avec une boiterie atypique et contrefaite. Dans les faits, elle marche plus ou moins normalement lorsqu'on l'observe à son insu sur le trottoir, en posant les deux cannes devant elle.

L'assurée est grimaçante, très dramatique dans ses propos, implicitement un peu revendicatrice. Lorsque nous faisons venir le laboratoire [...], après lui avoir expliqué les tenants et aboutissants, [l'assurée] refuse la prise de sang, déclarant que les assurances lui en veulent, que son médecin a déjà fait des tests pour la thyroïde et que tout est normal. Longuement, nous lui expliquons l'objectif de la prise de sang, le pourquoi du comment, l'incitons à accepter puisqu'une copie sera directement adressée à son médecin traitant. Après de multiples contorsions verbales, [l'assurée] refuse cet examen médical en se positionnant comme une victime.

[L'assurée] est parfois émotive, a volontiers les larmes aux yeux, adopte une attitude victimaire.

Nous ne relevons pas de fœtor éthylique, elle est vigile, orientée dans les 3 modes. L'examen neuropsychologique grossier est dans les normes. L'entretien se déroule avec une collaboration relativement moyenne.

La symptomatologie dépressive est atypique. [L'assurée] reste focalisée sur ses plaintes somatiques, évoque « ne pouvoir rien faire, avoir été détruite par son accident », se sentir surtout épuisée et devoir être soutenue par son environnement. On ne peut pas parler d'une véritable aboulie, ou anhédonie.

[L'assurée] se couche relativement tôt, déclarant avoir un sommeil marqué par des cauchemars relatifs à son accident, l'impression d'être une « coquille vide ».

L'appétit serait normal.

Du point de vue anxieux, il n'y a pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels que définis par le DSM-IV. [L'assurée] ne souffre pas de phobie simple, de claustrophobie, de phobie sociale, de phobie du sang, d'un trouble obsessionnel compulsif. Il n'y a pas d'argument en faveur d'un état de stress post-traumatique.

Il n'y a pas d'abus ou de dépendance éthylique. Il n'y a pas de tabagisme, ni prise de substances illicites annoncés.

[L'assurée] ne présente pas de troubles alimentaires, en particulier anorexie - boulimie.

Il n'existe pas de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée.

Au niveau somatique, les douleurs physiques consistent actuellement en des lombalgies ; [l'assurée] affirme : « *j'ai mal dans tout le corps* ».

3.4. PERSONNALITÉ :

[L'assurée] apparaît comme une femme démonstrative, superficielle, avec des défenses du registre passif-agressif, qui se montre très moyennement collaborante. Elle est néanmoins vive, intelligente et a compris le sens et les enjeux de cette expertise psychiatrique. »

Au titre de discussion, l'expert a communiqué ses conclusions en ces termes :

« [...] Dans le cas présent, on peut vraisemblablement retenir un des items cardinaux de l'épisode dépressif à savoir la fatigue anormale, sachant qu'il y a peu arguments pour admettre que ces symptômes sont bel et bien présents la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis plusieurs mois. La perte de l'intérêt et du plaisir ne peut pas être retenue, sachant qu'elle n'a pas la constance requise pour l'être. L'assurée réfute d'elle-même la permanence de ce symptôme avec des activités qui lui apportent encore et toujours un certain plaisir.

Pour le reste, [l'assurée] se plaint de troubles du sommeil et surtout de multiples plaintes somatiques mal systématisables. Les plaintes de l'assurée sont souvent en discordance avec sa présentation clinique. [L'assurée] n'apparaît que peu déprimée et très réactive à certains moments notamment lors de la tentative de prise de sang. Elle n'est manifestement pas ralentie.

Tout au plus peut-on parler d'un **épisode dépressif majeur, léger avec probables éléments d'amplification**.

La discordance est attendue avec ce type de sujet, très démonstratif, présentant une évolution que l'on peut qualifier de

« sinistrosique ». Quand nous parlons d'évolution sinistrosique – qui n'est bien entendu pas un diagnostic – nous nous référons à la définition de Ferrey et Gagey qui proposent de « *parler de sinistrose, sans tenir compte de la bonne ou de la mauvaise foi apparente du patient, mais lorsque la contestation des décisions médicales et administratives, ou bien la discussion des chiffres d'invalidité prennent une place prédominante qui dépasse celle de la souffrance elle-même* ».

Le mandat de traitement dit de « sollicitude médicale » se caractérise par une mise entre parenthèses du souci des objets et des preuves : le médecin traitant ne cherche pas à éprouver les doléances en allant chercher des garanties d'objectivité, mais il les écoute et tente de les apaiser. Dans ce régime, les plaintes ont une force inconditionnelle. Dans la « sollicitude médicale », c'est [l'assurée] qui possède l'initiative de l'intervention. Le praticien ne fait que suivre en définitive le plus souvent la direction des plaintes de sa patiente, ce que l'on ne saurait lui reprocher. Autrement dit le médecin traitant délègue d'une certaine manière l'appréciation à [l'assurée], en tenant a priori pour valide tout ce qu'elle dit d'elle-même.

Des doutes quant à sa compliance – vu l'attitude assez singulière de cette assurée – se posent clairement.

CAPACITÉ DE TRAVAIL

Dans les troubles somatoformes douloureux, les critères nécessaires, selon Foerster, pour confirmer le caractère insurmontable autrement dit la diminution de l'exigibilité d'un effort de volonté suffisant, sont l'existence d'une comorbidité psychiatrique. Ces critères s'appliquent aux points suivants :

- structure de personnalité,
- éléments de comorbidité psychiatrique, mais également présence d'affections corporelles comorbides,
- évolution jusqu'à une perte d'intégration sociale consécutive à la maladie psychique (dans le sens d'un « isolement social confirmé »),
- enfin la fixation sur ses plaintes somatiques – sans corrélation avec les éléments objectifs, suggère un **trouble somatoforme douloureux**,
- présence d'un trouble psychique s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable de la symptomatologie inchangée ou progressive,
- profits tirés de la maladie,
- échec de traitements ambulatoires et hospitaliers conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement en dépit de l'attitude coopérative du sujet).

Ces critères aident à définir l'ensemble de la gravité de la situation psychique, ses conséquences sociales, professionnelles et son pronostic.

La structure de la personnalité laisse voir peut-être des traits histrioniques avec défenses passives-agressives. Il n'y a pas de grave comorbidité psychiatrique. On ne peut pas parler d'une perte d'intégration sociale. Les profits tirés par la maladie semblent relever des faibles qualifications de [l'assurée], d'une mauvaise intégration socio-professionnelle et des perspectives éventuellement limitées de retrouver un emploi. [...]

Au vu de ce qui précède, et selon les critères de Foerster, la capacité de travail est entière.

D'un point de vue objectif, le pronostic est bon. D'un point de vue subjectif, il est peu probable que [l'assurée] fasse des démarches personnelles pour retrouver un travail. Elle semble clairement identifiée à son statut de malade. »

L'expert s'est au surplus rallié aux conclusions de la Dresse T. _____ selon lesquelles la capacité de travail aurait été de 50% dès le 1^{er} octobre 2010 et de 100% dès le 1^{er} janvier 2011.

Sollicité pour avis, le SMR, par le biais de la Dresse BB. _____ et du Dr DD. _____, a relevé le 13 juin 2013 la valeur probante de l'expertise conduite par le Dr AA. _____ et en a repris les conclusions, soulignant sur le plan somatique que les observations du Centre A. _____ de fin 2009 demeuraient d'actualité.

Par correspondance du 9 septembre 2013, l'assurée s'est exprimée sur la teneur du rapport d'expertise du Dr AA. _____. Elle a relevé que l'expert n'avait à son sens pas pris en compte ses difficultés conjugales durant depuis plusieurs années qui contribuaient à pérenniser l'importante dépression l'affectant des suites de l'accident du 14 février 2009.

La Dresse BB. _____ et le Dr DD. _____ du SMR, dans un avis subséquent du 3 octobre 2013, ont rappelé que les causes de l'état dépressif allégué demeuraient sans importance, l'expert se devant de poser un diagnostic et de se prononcer sur ses effets en termes de capacité de travail. L'assurée ne faisait au surplus valoir aucun élément médical nouveau.

Fort de cette détermination, l'OAI, avec la collaboration de la caisse de compensation compétente, a adressé deux décisions le 24 mars 2014, reprenant les conclusions communiquées par projet de décision du 1^{er} mai 2012. Il a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, assortie de trois rentes pour enfants, du 1^{er} avril 2010 au 31 décembre 2010 sur la base d'un degré d'invalidité de 100%, puis d'une

demi-rente d'invalidité, en sus de prestations pour enfants, du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2011, fondée sur un degré d'invalidité de 50%.

I. De son côté, la U. _____ SA a repris l'instruction du cas et diligenté une nouvelle expertise de l'assurée - avec l'aval de cette dernière - sur les plans orthopédique et neurologique, dont le mandat a été confié le 6 janvier 2014 aux Drs Y. _____ et Z. _____, spécialistes en neurologie, respectivement en chirurgie orthopédique, au sein du Centre A. _____. Ils ont établi leur rapport en date du 4 avril 2014, libellant leurs conclusions notamment en ces termes :

« [...] L'examen neurologique, marqué par un important comportement démonstratif, ne montre qu'une hypoesthésie tactoalgique mal systématisée de l'hémicorps droit.

Il permet surtout de mettre en évidence un syndrome douloureux dépassant de façon évidente le cadre somatique, associé à des troubles de la marche sans origine neurologique.

L'électroneuromyographie réalisée ce jour est strictement normale.

En conclusion, [l'assurée] présente à ce jour des plaintes aspécifiques de type douleurs, vertiges ou céphalées, pour lesquelles aucun substrat neurologique lié à l'accident ne peut être mis en évidence.

Sur le plan neurologique, nous ne retenons aucune atteinte en relation avec l'accident, ni même d'affection neurologique indépendante de l'événement traumatique. La capacité de travail est complète en temps et rendement, il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité.

Sur le plan orthopédique, [...] l'importance de la clinique dans son mode algique et fonctionnel n'est pas expliquée uniquement par le status après les fractures constatées initialement.

Les fractures de D12, L1, L5 ne démontrent pas de modifications, entre autre pas de tassements secondaires, pas de déséquilibre ni signes d'arthrose secondaire.

Du fait, de la stagnation de la situation notamment depuis fin 2009, les conclusions de l'expertise pour l'assurance F. _____ SA du 29 janvier 2009 restent d'actualité, plus particulièrement avec l'opinion que nous nous trouvons donc actuellement dans une situation où l'intensité des troubles fonctionnels et des troubles douloureux n'est pas expliquée par les constatations morphologiques. »

S'agissant de la capacité de travail de l'assurée et de ses limitations fonctionnelles, les experts ont répondu comme suit aux questions de la U. _____ SA :

« [...] 7. Quelle est la capacité de travail actuelle, respectivement à compter du 01.01.2011, tenant compte des seules séquelles

somatiques, dans l'activité habituelle, à savoir celles exercées au moment de l'accident (concierge, ménage, caissière, vendeuse) ?
[...]

En tenant compte des lésions morphologiques vertébrales, [l'assurée] ne peut pas accomplir des tâches avec travaux lourds (poids de plus de 10 kg, position inclinée de longue durée du rachis); un travail assis léger est possible avec changement fréquent de position.

Dans une activité adaptée, la capacité de travail est complète en temps et rendement. [...] »

Par décision du 20 mai 2014 confirmée sur opposition le 24 juillet 2014, la U. _____ SA a notamment retenu que le droit à la rente d'invalidité n'était pas ouvert, le degré d'invalidité n'atteignant pas 10%. L'assurée pouvait à son sens réaliser un revenu d'invalidé de 53'255 fr. 30 en 2011, selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), édictée par l'Office fédéral de la statistique (OFS), dans une activité simple et répétitive sans formation spécifique (niveau 4 du TA1, montant total). Quant au revenu sans invalidité, la U. _____ SA a estimé que l'assurée aurait poursuivi une activité de vendeuse, caissière ou employée polyvalente à 80% dans un commerce, tout en assumant en parallèle des travaux de conciergerie, pour un salaire atteignant « tout au plus le salaire d'invalidé ».

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, saisie du recours de l'assurée contre la décision sur opposition de la U. _____ SA, l'a rejeté par arrêt du 16 juin 2015 (en la cause AA 83/14 - 66/2015) après avoir déterminé un degré d'invalidité maximal de 8% compte d'un revenu sans invalidité de 52'030 fr., tel que mis à jour par l'assureur, et d'un revenu d'invalidé de 48'030 francs. Cet arrêt est entré en force faute de recours à son encontre.

J. L'assurée, avec l'assistance de Me Gilliard, a entre-temps déféré la décision de l'OAI du 24 mars 2014 - lui allouant une demi-rente d'invalidité _____ du 1^{er} janvier 2011 au 31 mars 2011 limitativement - à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte de recours du 29 avril 2014. Elle a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2010 sans limite temporelle, tout en suggérant la mise en œuvre d'une

surexpertise destinée à mesurer physiquement et psychologiquement les conséquences effectives de l'accident du 14 février 2009. S'agissant en particulier de l'expertise du Dr AA._____, elle a rappelé les griefs précédemment soulevés par devant l'OAI, à savoir l'absence de toute analyse des effets de ses difficultés conjugales l'ayant contrainte à déposer une demande en divorce. Elle a mis en exergue l'appréciation de ses médecin et psychiatre traitants selon laquelle elle présentait encore un état dépressif majeur. Elle a par ailleurs produit un tirage d'un courrier adressé le 9 septembre 2013 par son nouveau médecin généraliste traitant, le Dr MM._____, à l'assurance-accidents, qui préconisait une expertise neurologique de sa patiente en vue de déterminer précisément d'éventuelles atteintes médullaires ou radiculaires. Elle a en outre sollicité par pli séparé le bénéfice de l'assistance judiciaire, joignant le formulaire complété et accompagné des justificatifs utiles.

L'OAI a produit sa réponse au recours le 26 mai 2014 en proposant le rejet. Il a fait valoir que les expertises psychiatriques versées au dossier revêtaient à son avis pleine valeur probante, sans que les médecins traitants de la recourante n'eussent fourni d'élément objectif susceptible de remettre en cause les conclusions des experts.

La recourante a répliqué le 23 juin 2014, maintenant ses précédentes conclusions. Elle a fait mention des observations communiquées par les experts du Centre A._____ à l'issue du rapport rédigé le 4 avril 2014 sur mandat de la U._____SA et souligné que l'appréciation de sa capacité de travail ne correspondait pas aux constats relatifs à ses importantes douleurs et ses difficultés à se déplacer. Elle a derechef avancé que l'expertise du Dr AA._____ ne faisait pas état du conflit conjugal majorant son état dépressif et que ce spécialiste aurait tenu des propos sur son origine ethnique, de nature à faire douter de sa neutralité. Elle a au surplus réitéré la nécessité d'une nouvelle expertise.

En date du 5 août 2014, l'OAI a confirmé ses conclusions antérieures et relevé notamment que contrairement aux griefs de l'assurée, le Dr AA._____ avait dûment mentionné les conflits conjugaux

affectant la recourante dans le cadre de son anamnèse, alors que l'expertisée avait elle-même refusé de s'épancher sur cette problématique.

Par correspondance du 11 septembre 2014, la recourante a produit un tirage du rapport d'expertise du Centre A. _____ du 4 avril 2014 avant de se déterminer une nouvelle fois sur le fond de la procédure le 30 septembre 2014. Elle a pour l'essentiel réitéré ses précédents arguments et conclusions, ajoutant que l'intimé n'avait aucunement fixé les activités adaptées lui étant accessibles et les revenus pouvant en être dégagés.

L'intimé, aux termes d'une écriture du 21 octobre 2014 transmise à la recourante le 24 octobre 2014, a maintenu ses déterminations antérieures et signalé que des postes d'employée de services généraux, dans le scannage de documents, dans la gestion de courrier ou l'économat, apparaissaient compatibles avec les limitations fonctionnelles somatiques de l'assurée. Etaient au surplus annexée une fiche détaillant la comparaison des revenus opérée par le Service de réinsertion professionnelle de l'OAI, retenant un revenu annuel sans invalidité de 52'728 fr. réalisable en 2010 sur la base des ESS, lequel comparé à un revenu d'invalidé, également fondé sur les ESS, de 50'091 fr. 60 après réduction supplémentaire de 5%, permettait d'aboutir à un préjudice économique de 5%.

Par pli du 5 mai 2015, Me Gilliard a fait parvenir la liste des opérations effectuées pour le compte de l'assurée.

La juge instructrice a rendu une décision le 28 mai 2015, octroyant à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire sous forme d'exonération d'avances et de frais judiciaires, ainsi que désignant Me Gilliard en qualité d'avocat d'office.

En date du 29 septembre 2015, Me Gilliard a adressé à la Cour de céans pour le compte de l'assurée, un nouveau rapport de la Dresse

FF._____, rédigé le 13 septembre 2015. Cette spécialiste a notamment fait valoir que sa patiente avait été victime d'une « mauvaise pratique médicale », critiquant vivement les rapports d'expertise diligentés par les assureurs en charge du cas. A son sens, l'assurée subissait les conséquences d'une prise en charge initiale inadéquate des suites de l'accident du 14 février 2009, de « l'orientation » des expertises somatiques sur la base du diagnostic de « trouble somatoforme douloureux persistant » et des conclusions d'expertises psychiatriques niant la réalisation d'une comorbidité psychiatrique in casu.

La Dresse FF._____ s'est en effet exprimée notamment ainsi :

« [...] Deuxième niveau de pratique médicale discutable : l'orientation des examens et expertises somatiques

La plainte unique de [l'assurée] pendant les mois et années qui ont suivi ont été qu'elle avait mal, mal dans la région lombaire en particulier mais aussi dans le haut du dos, et que ces douleurs étaient exacerbées dans toutes les positions. Mais aussi qu'elles étaient légèrement améliorées par la flexion antérieure du tronc ... et la marche avec des cannes.

Cette « boiterie particulière » a certes interpellé quelques experts, mais il me semble qu'ils n'ont pas cherché à la comprendre : les fortes douleurs décrites sont présentes dans toutes les positions, mais elles se trouvent un peu soulagées par l'appui sur les cannes et le tronc en héli-flexion.

Or, [l'assurée] n'a ensuite été l'objet d'investigations somatiques uniquement rhumatologiques, orthopédiques et neurologiques, qui ne se sont intéressées qu'à la mobilité/motricité de son système ostéo-articulaire, et aux éventuels déficits neurologiques secondaires.

Cependant [l'assurée] n'a jamais dit qu'elle avait de la peine à se mouvoir, elle a toujours répété qu'elle avait mal douleurs rachidiennes décrites comme fortes dans toutes les positions, y compris couchée, aussi pendant la nuit, perturbant son sommeil, et douleurs sur lesquelles la médication avait peu d'effet.

En dépit de ses explications, on ne s'est jamais arrêté sur ce symptôme-clé qu'est la douleur : on n'a pas investigué par exemple la possibilité de douleurs neuropathiques et/ou nociceptives, et/ou liées à une sensibilisation centrale.

Et les différents confrères somaticiens ont repris comme argent comptant et en boucle l'assertion pour moi complètement erronée de l'absence de comorbidité psychiatrique, telle qu'assénée par les expertises psychiatriques successives des Drs T._____ et AA._____, sans bien sûr se pencher sur son état psychique.

[L'assurée] n'a été vue par un médecin spécialiste de la douleur que sur mon instigation en juin 2011, soit le Dr NN._____ à la PP._____ à [...].

A cette période, bien que troublée par les décisions successives des différents assureurs de lui supprimer successivement toutes les prestations possibles, c'est un souci uniquement clinique, dans le but d'essayer de lui procurer un traitement adéquat de ses douleurs, qui m'a fait l'adresser en juin 2011 au Dr NN._____.

[...]

Du moment que l'unique diagnostic relayé par mes collègues-experts psychiatres a été celui de Trouble somatoforme douloureux persistant, soit un trouble douloureux sans base organique, toute la suite de la construction du raisonnement médical s'est faite sur cette base-là.

Les somaticiens examinent les domaines de la motricité et de la sensibilité des membres inférieurs de [l'assurée], et les documents radiologiques ne donnent pas grand éclairage sur les causes de ces douleurs. On en déduit qu'il n'y a donc pas de cause organique à ses douleurs ... comme si des douleurs ne pouvaient exister que dans la mesure où elles auraient des conséquences fonctionnelles ou seraient visibles.

Et ce diagnostic de trouble somatoforme douloureux, posé pour la première fois par le rhumatologue Dr Q._____ dans son rapport du 22.12.2010, rapport que je trouve sommaire, a depuis été repris en boucle par tous les experts suivants.

On en a conclu que [l'assurée] se plaignait sans raison puisque les examens ostéo-articulaires successifs ne mettaient pas en évidence de lésion justifiant de son état et que sa mobilité était conservée. Ses douleurs en devenaient par conséquent inexplicables somatiquement : deuxième conclusion médicale qui tient du [parti pris] et qui est plus que discutable.

Dernier niveau de pratique médicale discutable, celui des expertises psychiatriques :

L'expertise OAI (Drse T._____) affirme dans sa première expertise du 30.8.2010 que [l'assurée]

- n'a pas de substrat organique à ses douleurs
- qu'elle a donc un trouble somatoforme
- qu'il n'y a pas de comorbidité psychiatrique
- que sa capacité de travail est nulle au moment de l'examen
- mais qu'elle sera entière dès le 1.1.2011 (projection à mon avis inadmissible).

A la lecture de ce rapport, il me semble que l'articulation logique entre les éléments constatés/décrits, soit une incapacité de travail jugée complète, et les conclusions de l'experte prenant la forme d'une décision prédictive d'à partir de quand la capacité de travail sera retrouvée, n'est pour le moins pas claire, et particulièrement peu discutée.

[...]

Un autre élément scandaleux de mon point de vue est de refuser l'évidence d'une comorbidité psychiatrique majeure chez [l'assurée], qui est présente depuis le début de ma relation thérapeutique : [l'assurée] est gravement déprimée, l'effondrement narcissique représenté par toutes les incompréhensions et rebuffades dont elle a été l'objet depuis le début de ce déroulement assécurologique discutable est tel qu'il y a actuellement un risque suicidaire majeur,

qu'un psychiatre spécialisé en expertise n'aurait aucune peine à diagnostiquer.

L'état dépressif qu'elle présente depuis le début de mon traitement associe un tableau fait de signes et symptômes majeurs remplissant tous les critères du DSM-IV-TR, mais je laisserai à un autre expert psychiatre neutre et impartial le soin d'en découvrir l'ampleur ... ce qui ne sera pas une tâche facile parce qu'actuellement [l'assurée] n'éprouve à peu près plus d'affect, pas même pour ses enfants, elle se décrit elle-même dans un état de sidération affective qui ne lui permet plus de ressentir quoi que ce soit.

La deuxième expertise psychiatrique du 10.5.2013 du Dr AA. pourrait aussi être critiquée ligne par ligne : il y explique en substance que [l'assurée] ne va pas mieux parce qu'elle est dans des revendications asséculo-logiques.

Et qu'elle ne va pas mieux mais qu'elle devrait aller mieux puisque la Drsse T. _____ avait dit que ça irait mieux.

Il n'y a pas de description d'un examen psychiatrique de la moindre profondeur, les ressentis/sentiments de [l'assurée] ne sont même pas explorés par exemple.

L'expert multiplie dans ce rapport les considérations lénifiantes sur la relation médecin-malade, qui sont irrecevables du point de vue de la psychiatre que je suis, pratiquant dans ce domaine depuis bientôt 30 ans.

De mon point de vue, il y a un bloc de mauvaise foi et d'obstination à refuser l'évidence entre les deux experts psychiatriques, dont pourtant le choix (d'après l'OAI) aurait été fait de manière aléatoire.

La suite du déroulement médico-assurantiel de la situation de [l'assurée] a été de mon point de vue une succession de malentendus : rejet/refus de toutes les démarches de la patiente pour faire entendre ses plaintes, mise en cause répétées de sa bonne foi, propos accusateurs et jugeants de différents experts, en particulier de ceux en charge des expertises psychiatriques.

[...]

Conclusions

La situation médico-assurantielle de [l'assurée] a été de mon point de vue extrêmement mal traitée de bout en bout.

Comme le juge l'a compris, j'en conteste fermement tout le raisonnement des éléments successifs.

Victime d'un grave accident de voiture le 14.2.2009 dont le traitement somatique n'a de loin pas été effectué dans les règles de l'art, il lui en reste un état douloureux séquellaire majeur.

Pour des raisons incompréhensibles, [l'assurée] s'est ensuite vue quasi immédiatement fermer les portes par une seule et unique experte psychiatre tant des prestations accidents LAA que de l'AI, malgré plusieurs contestations des trois médecins traitants.

Puis l'appréciation révoltante de la première experte a été verrouillée par un deuxième expert psychiatre dont on sait qu'il est controversé par ses collègues psychiatres vaudois.

J'ignore les raisons pour lesquelles ce deuxième expert a alors choisi d'adhérer complètement aux propos de la première experte, et pourquoi il n'a pas choisi de consulter pour débat les trois médecins traitants de [l'assurée] dont il savait pourtant qu'ils avaient un avis contradictoire.

Actuellement [l'assurée] se trouve dans une situation dramatique, cristallisée par un sentiment d'injustice profond lié à 6 années de procédure révoltante :

- ses douleurs résiduelles sont majeures et elles n'ont pas encore pu être investiguées et traitées dans les règles de l'art médical,
- elle est dans un état de détresse sociale majeur puisque privée des ressources financières de l'assurance-accidents et de l'AI auxquelles son état d'invalidité pourrait à mon sens lui donner droit,
- et elle est gravement déprimée, dans un état de suicidalité suspendu par son sentiment de devoir encore vivre pour ses enfants, dans un état de résignation froide et anaffective.

A ce jour, seule l'ordonnance par le juge d'une nouvelle expertise psychiatrique, neutre et impartiale, faite en milieu universitaire qualifié, et peut-être même lors d'un séjour hospitalier à même de procurer un peu de sérénité propice à une réflexion calme, permettrait à [l'assurée] de se faire entendre et d'avoir accès à une évaluation correcte de ses droits. [...] »

L'intimé a eu l'opportunité de prendre position sur ce nouveau document et a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours par écriture du 18 novembre 2015, à laquelle était annexé un avis médical de la Dresse BB._____ et du Dr DD._____ du SMR, daté du 16 novembre 2015. Ces praticiens se sont prononcés pour partie comme suit :

« [...] 4) A propos de l'orientation des examens et expertises somatiques : la Drsse FF._____ regrette que l'assurée n'ait été l'objet d'investigations somatiques uniquement rhumatologiques, orthopédiques et neurologiques qui ne sont intéressées qu'à la mobilité/motricité de son système ostéo-articulaire et aux éventuels déficits neurologiques secondaires et que le symptôme-clé qu'est la douleur n'ait pas été investigué. L'assurée relevant d'un traumatisme responsable de lésions principalement de l'appareil locomoteur, et se plaignant de douleurs persistantes, il apparaît normal que les investigations se soient, au moins initialement, orientées sur l'appareil locomoteur, à la recherche d'une cause organique pouvant expliquer la persistance de ces douleurs. Par ailleurs, le rôle des experts somaticiens mandatés par les différents assureurs intervenus était d'apprécier la situation médicale de l'assurée, le lien de causalité avec l'accident et les répercussions de son état de santé sur sa capacité de travail. Du rapport médical du 28.02.2011 de la Drsse FF._____, l'on apprend qu'un spécialiste de la douleur a été consulté par l'assurée ; cependant, l'assurée a refusé les injections proposées par crainte d'une fragilisation osseuse.

Finalement, la symptomatologie douloureuse est un élément subjectif qui ne peut être intégré à l'appréciation objective de la capacité de travail.

5) A propos du diagnostic de trouble somatoforme douloureux et de son influence sur la suite de l'instruction médicale et de l'appréciation des experts. Pour rappel, l'assurée a été expertisée une première fois par le Dr R._____, orthopédiste au Centre A._____ et ceci pour le compte de l'assureur accident (décembre 2009). Le Dr R._____, ayant constaté une discordance entre les plaintes de l'assurée (importante symptomatologie douloureuse et limitations fonctionnelles alléguées) et ses observations cliniques, recommandait une évaluation psychiatrique. La nécessité d'une telle évaluation a été confirmée par le compte-rendu d'hospitalisation de l'assurée à l'Hôpital D._____ qui, déjà en août 2009, retenait, parmi les diagnostics secondaires, un état anxio-dépressif et un syndrome somatoforme douloureux (RM [réd. : rapport médical] du 07.09.2009). Devant un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, une expertise psychiatrique devenait incontournable afin d'en apprécier le caractère incapacitant selon la jurisprudence. A noter que la Drsse FF._____ a elle-même retenu un tel diagnostic dans son RM du 28.02.2011 ; enfin, la Drsse T._____, dans son expertise d'août 2010, n'a pas retenu le syndrome douloureux comme diagnostic, mais bien la présence d'un épisode dépressif, qui, au moment de l'expertise et sur la base de son observation, était en rémission partielle.

6) La Drsse FF._____ conteste également la valeur probante des expertises psychiatriques réalisées, tant par la Drsse T._____ que par le Dr AA._____. A propos de l'expertise du 30.08.2010 de la Drsse T._____, elle conteste spécifiquement la cohérence de l'appréciation faite par l'expert. Or, l'experte psychiatre a constaté une amélioration de l'état psychique de l'assurée par rapport à l'atteinte dépressive sévère anamnétique qui prévalait, mais la persistance d'une symptomatologie dépressive résiduelle. Elle a, de manière cohérente, admis qu'une IT [réd. : incapacité de travail] totale était médicalement justifiée pour raisons psychiatriques depuis février 2009 jusqu'au jour de l'expertise (constatation d'une amélioration). Devant une évolution favorable, une récupération progressive de la CT [réd. : capacité de travail] de l'assurée était attendue. Le SMR ne s'est pas contenté de suivre cette appréciation prospective de la CT, puisqu'un avis médical SMR du 07.10.2010 faisait état d'un état de santé encore non stabilisé et de la nécessité de réinterroger le médecin traitant en janvier 2011 pour connaître l'évolution.

[...]

A propos de l'expertise psychiatrique du Dr AA._____ du 10.05.2013 : cette expertise remplit les exigences juridiques en matière de valeur probante d'une expertise. Le Dr AA._____ a en particulier étayé son diagnostic sur la base des critères d'une classification internationale reconnue et il a discuté les points litigieux ; son appréciation de la situation est cohérente avec ses constatations et ses conclusions sont motivées. Le fait que cet expert soit controversé par ses collègues psychiatres vaudois ne saurait suffire à rejeter ses conclusions.

A noter que dans le cadre de cette procédure de recours, nous avons également pris connaissance du rapport d'expertise orthopédique et neurologique réalisé au Centre A._____ en janvier 2014 dans la cadre du conflit assécurologique qui oppose l'assurée à l'assureur accident soit antérieurement à la décision litigieuse (mais

rapport d'expertise daté du 04.04.2014, soit postérieurement à la décision litigieuse). Cette expertise n'amène pas non plus d'élément médical nouveau ou que l'on n'aurait pas pris en considération dans l'instruction médicale antérieure à la décision du 24.03.2014. Tout au plus, les experts confirment les limitations fonctionnelles liées aux atteintes de l'appareil locomoteur séquellaires à l'accident de 2009 et confirment une capacité entière dans une activité respectant ces limitations. Les experts réitèrent les constatations faites par d'autres spécialistes avant eux, à savoir que l'importance des plaintes douloureuses et fonctionnelles de l'assurée n'est pas expliquée uniquement par les séquelles accidentelles.

Au final, cette assurée a été examinée et expertisée par de multiples spécialistes. Les appréciations de ces différents spécialistes et experts, que ce soit du point de vue somatique ou du point de vue psychiatrique, sont cohérentes avec leurs constatations respectives et concordantes les unes aux autres. Dès lors, il est pour nous difficile de remettre en doute les observations de tous les experts et spécialistes consultés. En outre, en l'absence d'éléments nouveaux ou non pris en considération dans l'instruction, une nouvelle expertise n'apparaît pas justifiée. [...] ».

Les parties ne se sont pas déterminées plus avant, tandis que la cause a été gardée à juger.

Les faits seront au surplus repris en tant que de besoin dans la motivation en droit du présent arrêt.

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) In casu, le recours formé le 29 avril 2014 contre les décisions de l'OAI du 24 mars 2014 a été interjeté en temps utile, qui plus est compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA,

sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). Il respecte en outre formalités prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. a) Est litigieuse en l'espèce la réduction, respectivement la suppression de la rente d'invalidité allouée à la recourante par décisions du 24 mars 2014, cette dernière estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité, fondée sur un taux de 100% dès le 1^{er} avril 2010, sans restriction temporelle.

Singulièrement, la recourante conteste la capacité de travail résiduelle de 50%, puis de 100% dans une activité adaptée, que l'OAI a prise en considération dans son cas, sur la base des rapports d'expertise somatique du Centre A. _____ et psychiatrique de la Dresse T. _____ et du Dr AA. _____. Doutant des conclusions de l'ensemble des experts mandatés alternativement par la U. _____ SA et l'intimé, elle est d'avis que les conséquences de l'importante symptomatologie douloureuse l'affectant depuis l'accident du 14 février 2009 n'ont pas été prises en compte sérieusement par les spécialistes dans la fixation de sa capacité de travail.

L'assurée ne s'est pas prononcée spécifiquement en lien avec le degré d'invalidité déterminé par l'intimé au cours de la présente procédure judiciaire, tandis qu'il peut néanmoins être déduit de ses écritures qu'elle considère rencontrer une invalidité de 100%, sur la base d'une capacité de travail nulle pour toutes activités.

Elle a enfin suggéré, préalablement à la reconnaissance de son droit à la rente d'invalidité, de se soumettre à une nouvelle expertise, vraisemblablement à caractère pluridisciplinaire, puisqu'elle a fait grief à l'intimé non seulement de ne pas avoir tenu compte de ses douleurs et de sa dépression, mais également de ne pas avoir examiné si des séquelles médullaires ou radiculaires de l'accident du 14 février 2009 influaient sur sa situation.

Vu les éléments ci-dessus, il s'impose de se prononcer tout d'abord sur l'aspect médical, puis économique du cas particulier, ce à la date de la décision litigieuse.

b) Dans ce contexte, on ajoutera que l'objet du litige est circonscrit par les décisions d'octroi de rente limitée dans le temps du 24 mars 2014.

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Les conclusions du recours déterminent, dans le cadre de l'objet de la contestation, le rapport juridique qui reste litigieux (objet du litige). Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige coïncident souvent. Ils sont identiques si la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant éventuellement modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement à la décision entreprise 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).

ba) Compte tenu de la jurisprudence rappelée ci-dessus, on relèvera que le droit éventuel à des mesures professionnelles ne ressort pas à l'objet du litige. L'intimé a nié le droit de l'assurée à de telles mesures par sa communication du 1^{er} mai 2012, suite à laquelle la recourante n'a pas réagi. Au demeurant, au vu des conclusions de cette dernière tendant au versement d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 décembre 2010, on peut conclure que l'assurée n'a nulle motivation à entrer dans une démarche de réinsertion sur le marché du travail, ce qui exclut de toute façon la réalisation de la condition subjective permettant d'envisager des mesures d'ordre professionnel.

bb) On ajoutera s'agissant du rapport d'expertise rédigé par les spécialistes du Centre A. _____ le 4 avril 2014 que ce document peut être pris en compte par la Cour de céans dans le contexte de la présente procédure. Les examens cliniques fondant l'appréciation des experts ont eu lieu les 10 et 17 janvier 2014. Ils ont dès lors trait à une situation antérieure à l'émission des décisions du 24 mars 2014, ce qui justifie d'en examiner les conclusions.

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

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou

psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière.

b) 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 maladif, 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 (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées).

ba) La jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères pour permettre d'apprécier le caractère invalidant de certains syndromes somatiques dont l'étiologie et la pathogénie sont incertaines, tels que le trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 consid. 2.2), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), des atteintes non objectivables de la colonne cervicale (ATF 136 V 279 consid. 3) ou encore des pathologies présentant un ensemble de symptômes comparables (ATF 139 V 547 consid. 2.2; 137 V 64 consid. 1.2; 131 V 49 consid. 1.2).

Selon cette jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2; cf. aussi ATF 139 V 547 consid. 6 et 8). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3; 131 V 49 consid. 1.2; 139 V 547 consid. 9). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une

perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie).

bc) Par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a toutefois expressément modifié sa jurisprudence en matière d'évaluation du droit à une rente en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées. La présomption, selon laquelle ces syndromes pouvaient être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible, a été abandonnée (TF [Tribunal fédéral] 9C_492/2014 du 3 juin 2015 destiné à la publication ; commenté par Thomas Gächter/Michael E. Meier, *Schmerzrechtsprechung* 2.0, Jusletter du 29 juin 2015).

Désormais, le Tribunal fédéral exige une procédure d'établissement des faits structurée. La capacité de travail réellement exigible de la personne concernée doit être évaluée sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. Cette évaluation doit se dérouler sur la base d'un catalogue d'indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (cf. TF 9C_492/2014 cité consid. 3.6 et 4 pour le catalogue d'indicateurs). Eu égard aux indicateurs retenus, il conviendra, plus qu'avant, de tenir compte des effets de l'atteinte à la santé sur les aptitudes de la personne concernée à exercer son travail et les fonctions de sa vie quotidienne. La phase diagnostic devra mieux prendre en considération le fait qu'un diagnostic de « trouble somatoforme » présuppose un degré certain de gravité. Le déroulement et l'issue des traitements thérapeutiques et des mesures de réadaptation professionnelle fourniront également des conclusions sur les conséquences de l'affection psychosomatique. Il conviendra en outre de

mieux intégrer la question des ressources personnelles dont dispose la personne concernée, eu égard en particulier à sa personnalité et au contexte social dans lequel elle évolue. Joueront par ailleurs un rôle essentiel les questions de savoir si les limitations alléguées se manifestent de la même manière dans tous les domaines de la vie (travail et loisirs) et si la souffrance se traduit par un recours aux offres thérapeutiques existantes. Le Tribunal fédéral a invité les Sociétés médicales à reformuler leurs lignes directrices et recommandations pour les expertises médicales afin de concrétiser les indicateurs qu'il a retenus. Selon la Haute Cour, on trouve de telles directives depuis longtemps en Allemagne (TF 9C_492/2014 cité consid. 5.1.2).

Le Tribunal fédéral a néanmoins relevé que cette nouvelle jurisprudence ne modifie en rien l'exigence légale selon laquelle il ne saurait y avoir incapacité de gain propre à entraîner une invalidité que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. De plus, même si des motifs psychosociaux – tels que l'intégration en Suisse – peuvent dans une certaine mesure jouer en rôle dans l'appréciation globale, une invalidité de travail ne saurait toujours pas être basée sur de tels motifs en soi (TF 9C_492/2014 cité consid. 3.7.1 et 4.3.3 avec renvoi à l'ATF 127 V 294 consid. 5a).

bc) L'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), en sa qualité d'autorité de surveillance en matière d'assurance-invalidité, a édicté en date du 7 juillet 2015 une Lettre circulaire n° 334 à l'attention des offices AI des suites de ce changement de jurisprudence, laquelle est intitulée « Nouvelle procédure d'instruction pour les atteintes psychosomatiques » (disponible sur : <http://www.bsv.admin.ch>). Ce document souligne notamment ce qui suit :

« [...] L'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective (art. 7 al. 2 LPGA). Des évaluations et des limitations subjectives qui ne sont médicalement pas explicables ne peuvent toujours pas être considérées comme des atteintes à la santé invalidantes (sans compter que souvent aucun traitement adéquat n'est suivi).

Par conséquent, il faut partir du principe que la personne assurée est valide (consid. 3.7.1 et 3.7.2 de l'arrêt [réf. : TF 9C_492/2014 du 3 juin 2015 cité supra]). Un degré d'invalidité qui ouvre le droit à une rente peut être reconnu seulement lorsque les conséquences fonctionnelles sont étayées sans contradiction et selon toute vraisemblance par des constatations médicales basées sur les indicateurs standards (consid. 6 de l'arrêt). La personne assurée continue à supporter le fardeau de la preuve (consid. 6 de l'arrêt).

2. Structure des procédures d'instruction

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »

a. Complexe « atteinte à la santé »

i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard

iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard

iv. Comorbidités

b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

c. Complexe « contexte social »

B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

L'application de la liste des indicateurs doit toujours tenir compte des circonstances du cas particulier. Il ne s'agit pas d'une checklist où il suffit de cocher des rubriques (consid. 4.1.1 de l'arrêt). [...] »

Le détail des indicateurs figure par ailleurs dans les tableaux annexés à la Lettre circulaire n° 334, tels que repris ci-dessous :

A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel »	
a. Complexe « atteinte à la santé »	
i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic	<ul style="list-style-type: none">• Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée aident à ne pas séparer les limitations fonctionnelles dues à cette atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés.• Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic.• Les motifs d'exclusion selon l'arrêt 131 V 49 doivent être pris en considération. Normalement, il n'existe pas d'atteinte à la santé assurée, lorsque la perte de rendement se base sur des aggravations ou sur des phénomènes similaires. Des indices en faveur d'un tel comportement ou d'un bénéfice secondaire de la maladie suivants sont présents par exemple lorsque :<ul style="list-style-type: none">- Il existe une divergence considérable entre les douleurs décrites et le comportement de la personne assurée ou son anamnèse ;- La caractérisation des douleurs intenses alléguées reste vague ;- Aucun traitement médical et aucune thérapie ne sont suivis ;- Des plaintes présentées de manière démonstrative semblent peu crédibles à l'expert ;- Des limitations importantes dans le quotidien sont alléguées, toutefois l'entourage psycho-social reste intact.Si dans le cas particulier, il est clair que ces motifs d'exclusion ne permettent pas d'admettre une atteinte à la santé, il n'existe a priori aucune base pour une rente d'invalidité, également lorsque les critères de classification d'un trouble somatoforme douloureux sont présents. <p>Dans la mesure où les signes en question apparaissent en plus d'une atteinte à la santé indépendante, leurs effets doivent être considérés dans le cadre de l'aggravation.</p> <ul style="list-style-type: none">• La gravité de l'évolution de la maladie doit être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. En particulier, la description du trouble somatoforme douloureux faite dans la CIM 10, ch. F45.4, met en évidence les facteurs étiologiques : la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou le maintien des douleurs.• Les conclusions sur le degré de gravité ne doivent plus être tirées de la notion de bénéfice primaire de la maladie.

ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard	<ul style="list-style-type: none"> • L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée et réalisée selon les règles de l'art, avec une coopération optimale de l'assuré, indique un pronostic négatif. Si par contre le traitement demeuré sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou apparaît inapproprié dans le cas d'espèce, il n'y a rien à en tirer en ce qui concerne le degré de gravité du trouble. • Des troubles psychiques du type qui nous intéresse ici ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement. • En cas de maladie de relativement courte durée – donc pas encore devenue vraiment chronique –, il devrait en général exister encore des options thérapeutiques et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Cela montre que la question de l'évolution d'un trouble somatoforme douloureux (« durable ») vers un état chronique n'est la plupart du temps pas très utile pour juger du degré de gravité : sans une accentuation de la douleur à long terme, une incapacité de travail invalidante n'est guère imaginable ; il en va déjà de même pour le diagnostic. • Au reste, pour autant qu'il faille admettre que le recours à des thérapies et le fait de se montrer coopérant sont dus à la présence ou à l'étendue des souffrances perçues, il en va de la cohérence des effets d'une atteinte à la santé.
iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard	<ul style="list-style-type: none"> • Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. En effet, comme le traitement médical raisonnablement exigible (qui, sous réserve de l'art. 12 LAI, n'est pas à la charge de l'assurance-invalidité) engage l'assuré à pourvoir en quelque sorte à sa propre réadaptation, celui-ci doit, sur le plan professionnel, se réadapter en principe lui-même avant de participer, si cela est indiqué, à des mesures de réadaptation et de réinsertion (art. 8 s. et art. 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération après une évaluation médicale mais que la personne demandant une rente n'y participe pas, cela est considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation ratée malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce.
iv. Comorbidités	<ul style="list-style-type: none"> • La comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, notamment en tant que baromètre pour savoir si elle prive l'assuré de certaines ressources. • Les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes » sont réunis en un indicateur uniforme. Il faut une approche globale des interactions et autres liens du trouble douloureux avec toutes les pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel, ne relève pas de la comorbidité, mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité. • L'exigence d'une approche globale est en principe applicable indépendamment de la question de savoir comment se présente la relation entre le syndrome douloureux et la comorbidité. C'est pourquoi, par exemple, une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources seulement à cause de sa connexité médicale (éventuelle) avec

	<p>la douleur. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes au niveau du diagnostic sur la base de symptômes identiques ne constituent d'emblée pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'existe pas une relation linéaire entre le nombre de douleurs physiques qui ne s'expliquent pas suffisamment d'un point de vue organique (ou le nombre de syndromes somatoformes dans leurs diverses manifestations) et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle. Il n'existe donc pas une règle schématique basée sur l'idée que « plus le nombre des diverses plaintes est grand, plus les limitations fonctionnelles sont élevées ». Au contraire, les divers symptômes et résultats risqueraient d'être simplement juxtaposés et évalués de manière purement mécanique et quantitative, ce qui fausserait le regard sur l'effet global du tableau clinique pour établir le statut fonctionnel.
b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)	<ul style="list-style-type: none"> • A côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité, qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » entre aussi en considération. Ces fonctions désignent des capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique. • Comme le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui procède aux examens que d'autres indicateurs (liés par exemple aux symptômes ou au comportement), les exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées. Ces exigences seront précisées dans des lignes directrices médicales encore à élaborer.
c. Complexe « contexte social »	<ul style="list-style-type: none"> • Le contexte social influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets (déterminants de manière seulement causale) de l'atteinte à la santé. A ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, si des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de l'assuré, notamment le soutien dont il bénéficie dans son réseau social. • Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé (art. 4, al. 1, LAI), d'une part, et le chômage non assuré ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas.

B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement)

a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie	<ul style="list-style-type: none"> • L'indicateur d'une limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie revient à se demander si la limitation en question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (par ex. l'organisation des loisirs), d'autre part. • L'ancien critère du retrait social doit à son tour être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations, mais qu'il concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut cependant aussi diminuer encore les ressources. • Dans la mesure du possible, il est recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de l'assuré doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail invoquée.
---	---

b. Poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation	<ul style="list-style-type: none"> • La mise à contribution d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. • Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribuée à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. • De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation). Un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée.
---	--

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles

activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être

enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1 in : SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si des médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et

qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C_158/2013 du 17 septembre 2013 consid. 2.2).

Par ailleurs, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée).

5. Le présent litige s'inscrit dans le cadre de l'octroi d'une rente limitée dans le temps, les décisions querellées ayant mis fin au versement d'une rente entière d'invalidité, puis d'une demi-rente d'invalidité, avec effet respectivement au 31 décembre 2010 et 31 mars 2011.

Il convient de rappeler dans ce contexte que les règles et principes jurisprudentiels sur la révision du droit à une rente d'invalidité (art. 17 al. 1 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; cf. également ATF 133 V 545) sont applicables lorsque la décision de l'assurance-invalidité accordant une rente avec effet rétroactif prévoit en même temps la suppression de cette rente (ATF 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d et les références ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.1).

Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, 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 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 ; 113 V 273 consid. 1a ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; 125 V 368 consid. 2 ; 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b et les références ; TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

En vertu de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre.

Une simple appréciation différente d'un état de fait qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle toutefois pas à une révision (ATF 112 V 371 consid. 2b ; TF 9C_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.1). Il en va de même, si un changement important des circonstances n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante (TF 9C_273/2014 du 16 juin 2014 consid. 3.1.1 et la référence).

6. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, celle-ci a fait l'objet de nombreuses investigations médicales approfondies renseignant à satisfaction sur l'évolution de sa situation, tant sous l'angle somatique que psychique.

a) L'assurée a en effet été examinée en premier lieu à titre pluridisciplinaire par les spécialistes de la Clinique K._____ en été 2009, puis à deux reprises au sein du Centre A._____, du point de vue orthopédique selon le rapport du Dr R._____ du 29 janvier 2010, respectivement sous les angles orthopédique et neurologique par les Drs Z._____ et Y._____ aux termes du rapport du 4 avril 2014.

En second lieu, elle a fait l'objet d'examens spécialisés sur le plan psychiatrique du fait de la Dresse T._____ selon les rapports du 30 août 2010 et 11 mars 2011, avant d'être expertisée par le Dr AA._____ en vue de l'établissement du rapport du 10 mai 2013.

A la lecture de ces différents documents, l'on se doit de constater qu'ils remplissent à l'évidence la totalité des critères posés par la jurisprudence fédérale rappelée supra sous considérant 4a, de sorte que l'on ne voit a priori aucune raison de leur dénier pleine valeur probante ou de les compléter.

Singulièrement, les spécialistes sollicités par l'OAI, respectivement par la U._____SA, ont procédé à des investigations extrêmement minutieuses et fouillées de l'état de santé objectif de la recourante, sans manquer de détailler les éléments pertinents de l'anamnèse et de relever exhaustivement les plaintes alléguées. Ils ont en particulier opéré une analyse complète de l'ensemble des pièces médicales et avis spécialisés à disposition. Ils ont par ailleurs discuté les diagnostics ressortant à leur champ de compétences respectifs, retenus ou évoqués dans le cas de la recourante, avant de communiquer leurs conclusions. Ces dernières, pour le moins étayées, apparaissent tout à fait convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue des rapports concernés.

Il s'impose par ailleurs d'autant plus de se référer à ces rapports pour trancher le présent litige du fait de l'unanimité des conclusions des spécialistes mandatés, non seulement sur le plan

psychique mais également du point de vue somatique, pour ce qui a trait à l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée à la date des décisions entreprises du 24 mars 2014.

b) Eu égard aux griefs soulevés par la recourante à l'encontre des expertises somatiques réalisées par le Centre A._____, à savoir que l'incidence de ses douleurs n'aurait pas été correctement mesurée, il faut constater que les spécialistes dudit centre ont procédé aux investigations cliniques indispensables pour objectiver les troubles relatés par l'assurée. En l'absence toutefois d'éléments susceptibles d'expliquer la symptomatologie et les limitations alléguées, il n'y a pas à s'étonner de la prise en compte d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à l'état de santé, soit essentiellement une activité sédentaire, exercée en position assise, sans port de lourdes charges.

On citera notamment l'opinion du Dr R._____ qui a indiqué se trouver « dans une situation où l'intensité des troubles fonctionnels et des troubles douloureux n'[était] pas expliquée par les constatations morphologiques » et employer « le terme de processus d'invalidation » (cf. rapport d'expertise du Centre A._____ du 29 janvier 2010, p. 10). Les Drs Z._____ et Y._____ ont quant à eux souligné un « syndrome douloureux dépassant de façon évidente le cadre somatique, associé à des troubles de la marche sans origine neurologique » en présence d'une « électroneuromyographie strictement normale ». Ils se sont ainsi expressément référés aux conclusions de leur confrère, le R._____, vu le défaut de modifications somatiques constatées depuis l'examen de ce dernier (cf. rapport d'expertise du Centre A._____ du 4 avril 2014, p. 12 et 13).

Quant aux médecins traitants de l'assurée, ils n'ont pas sérieusement fourni d'élément médical objectif qui permettrait de douter du bien-fondé des conclusions des experts somaticiens. A titre exemplatif, on relèvera que le Dr Q._____, consulté par l'assurée au sein du Centre X._____, a déclaré se rallier pour l'essentiel à l'avis du médecin-conseil de la

U._____SA quant à la possibilité pour la recourante d'exercer une activité lucrative adaptée sur le plan ostéo-articulaire (cf. rapport de ce praticien du 22 décembre 2010). On relèvera également l'absence de « déficit sensitivo-moteur » et de tout « argument clinique ou radiologique justifiant un arrêt de travail » mis en évidence par les spécialistes du Centre JJ._____, également consultés par la recourante (cf. rapports annexés au courrier dudit centre du 4 février 2010 à l'attention de l'intimé).

Au surplus, il n'apparaît pas que la Dresse H._____ ou le Dr MM._____, médecins traitants, eussent communiqué de diagnostic non investigué par les experts, ces praticiens ayant pour l'essentiel relaté les plaintes subjectives de leur patiente. On relèvera d'ailleurs que le grief de la recourante, avancé aux termes de son écriture de recours du 29 avril 2014 et reposant sur la recommandation du Dr MM._____ à la U._____SA quant à la pertinence d'un examen neurologique, peut manifestement être écarté puisque la Dresse Y._____, précisément spécialiste de ce registre, a procédé aux investigations entrant dans son champ de compétences dans le cadre de l'expertise réalisée au Centre A._____ les 10 et 17 janvier 2014 (cf. rapport d'expertise du Centre A._____ du 4 avril 2014, p. 9, 10, 12 et 13).

Enfin, eu égard aux griefs formulés par la Dresse FF._____ le 13 septembre 2015 en lien avec l'éventuelle orientation des investigations somatiques et la mise en exergue des importantes douleurs affectant l'assurée, il faut constater, à l'instar du SMR dans son avis du 16 novembre 2015, que cette problématique demeure essentiellement subjective. Elle constitue d'ailleurs non pas un diagnostic en soi, mais ressort bien davantage au registre symptomatique, pour lequel les investigations cliniques exhaustives effectuées auprès de la recourante n'ont révélé aucun substrat organique.

c) Sous l'angle psychiatrique, la recourante conteste en particulier les conclusions communiquées par le Dr AA._____. Elle reproche à ce praticien d'avoir mentionné des remarques déplacées sur

son origine ethnique dans le rapport d'expertise du 10 mai 2013 et de n'avoir pas investigué ses difficultés conjugales, lesquelles se répercuteraient sur son état de santé psychique en sus de ses importantes douleurs. Elle s'étonne enfin du fait que le Dr AA. _____ ait strictement suivi l'opinion de la Dresse T. _____ en termes de capacité de travail.

On rappellera brièvement dans ce contexte que l'assuré peut soulever des motifs formels de récusation d'un expert, mais également des motifs « matériels » de récusation, soit tous motifs pertinents au sens de l'art. 44 LPGA. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1 LPGA) sont de nature formelle, parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert, ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à l'impartialité de ce dernier. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2 ; 132 V 93 consid. 6.5 ; TF 9C 293/2008 du 28 janvier 2009 consid. 2 et 3).

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 (ATF 132 V 93 consid. 7.1 ; TF 9C_293/2008 du 28 janvier 2009 précité).

En l'occurrence, une lecture attentive du rapport d'expertise du Dr AA._____ ne laisse apparaître aucun propos tendancieux ou discriminant du fait des origines de la recourante. On peine d'ailleurs à retrouver les remarques qui ont suscité les doutes de l'assurée, tandis que l'origine de celle-ci n'est mentionnée que brièvement dans l'anamnèse, ainsi qu'au début de la discussion de l'expert (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2013, p. 2 et 19). Il faut relever à cet égard que la nationalité et l'origine de la personne expertisée sont régulièrement indiquées aux termes des rapports des spécialistes, à tout le moins au titre d'éléments d'anamnèse. Par ailleurs, in casu, il était parfaitement pertinent de relever que la recourante avait grandi en Serbie en dépit de ses origines kosovares, puisque le contexte conflictuel vécu par les ethnies concernées dès les années 1990 était susceptible de causer des traumatismes de guerre, éventuellement déterminants dans le développement de troubles psychiques.

S'agissant des violences conjugales sur lesquelles l'expert ne se serait pas suffisamment exprimé, on soulignera que c'est bien la recourante elle-même qui a refusé d'aborder plus avant cet aspect, ne souhaitant « plus en entendre parler » (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2013, p. 8). Cela étant, à l'instar du SMR dans son avis du 3 octobre 2013, il y a lieu de confirmer que sont seuls pertinents en matière AI les diagnostics retenus par l'expert et leurs répercussions en termes de capacité de travail, à l'exclusion des événements à l'origine de l'atteinte à la santé. En outre, on relèvera sur la question des difficultés conjugales que la psychiatre traitante de l'assurée, la Dresse FF._____, n'a pas mentionné cette problématique à l'occasion de son rapport à l'OAI du 28 février 2011. Elle s'est limitée à l'évoquer très brièvement dans sa correspondance du 2 juin 2012 en soutien de sa patiente dans le cadre de la procédure d'audition. Les reproches formulés à cet égard contre le rapport établi par le Dr AA._____ ne peuvent en conséquence qu'être écartés.

Enfin, eu égard à l'appréciation de la capacité de travail résiduelle communiquée par ce spécialiste, laquelle est calquée sur celle de la Dresse T._____, il convient de souligner que l'expert contesté n'a rencontré la recourante qu'en date du 13 mars 2013, ce qui lui imposait de se référer aux évaluations de ses pairs s'agissant des années écoulées. Le Dr AA._____ s'est par ailleurs largement exprimé sur les raisons l'ayant conduit à se rallier à l'avis de la Dresse T._____ au détriment de celui de la Dresse FF._____ (cf. rapport d'expertise du 10 mai 2013, p. 20, 22 et 23).

Vu les éléments ci-dessus, on ne saurait considérer que les reproches de l'assurée soient de nature à mettre en doute l'impartialité du Dr AA._____ et le bien-fondé de ses conclusions.

Les observations communiquées le 13 septembre 2015 par la Dresse FF._____ ne justifient pas davantage d'écarter l'appréciation du Dr AA._____, la psychiatre traitante manifestant en définitive pour l'essentiel une interprétation divergente des conséquences des atteintes à la santé psychique observées dans le cas de la recourante.

d) Par ailleurs, compte tenu de l'ensemble des remarques qui précèdent, il y a lieu de rejeter la suggestion de l'assurée quant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise. Une appréciation anticipée des preuves permet de considérer que des investigations spécialisées supplémentaires n'apporteraient vraisemblablement pas un éclairage nouveau ou différent sur les conséquences de la symptomatologie présentée par la recourante.

7. a) Sur le plan strictement physique, ainsi qu'il a été mis en évidence pour l'essentiel supra sous considérant 6a, les experts somaticiens mandatés pour examiner la recourante ont unanimement estimé que celle-ci était dotée d'une capacité de travail entière dans une activité sédentaire sans port de charges, épargnant le rachis et

permettant l'alternance des positions (cf. rapports d'expertise du Centre A. _____ des 29 janvier 2010, p. 12, et 4 avril 2014, p.15).

En l'absence de doute objectivement fondé à cet égard, il y a lieu de suivre cette appréciation.

b) Quant au registre psychique, déterminant en l'espèce du fait de la prédominance du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, soit du tableau douloureux important allégué par l'assurée, il convient d'analyser les expertises psychiatriques à disposition dans le but de statuer, si possible, sur le caractère invalidant de ce trouble à l'aune de la récente jurisprudence du Tribunal fédéral.

ba) Concernant l'examen du « degré de gravité fonctionnel » de la symptomatologie dont souffre la recourante, on relèvera que si le trouble douloureux l'affectant revêt incontestablement une certaine gravité du fait de sa durée et de son intensité, il n'en demeure pas moins que les experts ont considéré pour l'un que l'état dépressif diagnostiqué auprès de l'assurée était « en rémission » (cf. rapport de la Dresse T. _____ du 11 mars 2011) et pour l'autre que celui-ci n'était que « léger » accompagné « d'éléments d'amplification » (cf. rapport du Dr AA. _____ du 10 mai 2013). Ont été relatés des phénomènes d'amplification des plaintes, en présence d'une assurée « très démonstrative, implicitement revendicatrice » à la collaboration « très moyenne ». En particulier, des divergences entre le comportement et les plaintes alléguées ont été décrites, en ce sens que l'assurée se déplace avec des cannes anglaises – ce qui demeure sans justification du point de vue strictement physique – tout en adoptant une « boiterie atypique et contrefaite » et en étant en mesure de marcher pratiquement normalement en cas d'observation à son insu. Par ailleurs, la recourante est apparue « vigile, orientée dans les trois modes » et parfaitement en mesure de comprendre les enjeux du mandat d'expertise (cf. rapport du Dr AA. _____ précité, p. 16). Dans ce contexte, l'assurée n'a pas accepté les examens sanguins destinés à vérifier sa compliance aux traitements médicamenteux, ce qui tend à faire

douter de dite compliance (cf. rapport du Dr AA._____ cité supra, p. 16 et 19). On relève également que le comportement de la recourante au cours de l'examen réalisé par la Dresse T._____ le 23 février 2011 a induit cette dernière à envisager une intoxication aux opioïdes (cf. rapport de la Dresse T._____ du 11 mars 2011), laquelle a été cependant exclue par les médecins traitants de l'assurée. Vu ces éléments et les doutes quant à la collaboration optimale de la recourante à son traitement, il s'ensuit que l'on ne peut prendre en compte à ce stade un échec définitif des thérapies scientifiquement reconnues, malgré une prise en charge psychiatrique ayant débuté dès octobre 2010. On ajoutera d'ailleurs que la Dresse T._____ a exprimé ses incertitudes quant à l'interaction éventuelle des traitements médicamenteux, envisageant pour certains des effets délétères sur l'état de santé global de la recourante (cf. rapport de la Dresse T._____ précité, p. 6 et 7).

Sur le plan de la personnalité de l'assurée et de son contexte social, on relèvera qu'aucun symptôme psychique n'a été élevé au rang de trouble de la personnalité par les experts ayant examiné la recourante. En particulier, seuls des « traits de personnalité histrioniques avec défenses passives-agressives » ont été mis en évidence par le Dr AA._____ sans toutefois que ces éléments ne constituent un diagnostic en soi (cf. rapport de ce spécialiste, p. 23, et rapport de la Dresse T._____ cité supra, p. 6).

Enfin, quand bien même l'assurée a rencontré des difficultés conjugales qui ont justifié d'entamer une procédure de divorce, il n'est pas relaté d'altérations significatives du contexte social, l'assurée conservant assurément un entourage familial important (cf. rapports d'expertise des Drs AA._____ et T._____, ainsi que rapport d'enquête ménagère du 14 juin 2010).

bb) Eu égard à la cohérence du comportement de l'assurée et à la limitation de ses activités, on rappellera les dichotomies constatées par les experts psychiatres, relevées ci-dessus, en lien concrètement avec

l'utilisation de cannes anglaises et plus généralement avec son comportement extrêmement démonstratif en dépit d'une collaboration très relative.

Au surplus, il ressort des diverses déclarations de l'assurée que son emploi du temps à domicile a peu varié depuis 2010 et que son entourage immédiat pallie pour l'essentiel aux handicaps allégués par la recourante, cette dernière restant toutefois en mesure d'exécuter certaines tâches.

En effet, aux termes du rapport d'enquête ménagère du 14 juin 2010, elle a indiqué être en mesure de planifier, d'organiser et de répartir les activités ménagères, tout comme elle le faisait avant son accident (cf. rapport d'enquête cité, p. 6, rubrique « 6.1 Conduite du ménage »). S'agissant des rubriques subséquentes, elle a précisé ce qui suit :

« 6.2 Alimentation

Préparation / cuisson / service / nettoyage de la cuisine / provisions
[...]

Depuis l'atteinte, l'assurée gère dans la préparation 1 repas sur 2 en fonction de ses douleurs. Si [l'assurée] désire cuisiner des pâtes, elle utilise une mesure d'un litre pour remplir l'eau dans la casserole. Le reste de la semaine à midi, c'est les enfants qui s'occupent de mettre des produits surgelés dans le four en raison de l'atteinte à la santé de l'assurée. Les repas du soir sont confectionnés par le mari de l'intéressée. Le service à table est géré totalement par les enfants. 2 à 3 fois par semaine, les enfants de l'assurée chargent, déchargent le lave-vaisselle et rangent la vaisselle. Le reste du temps, cette tâche incombe au mari lorsqu'il a terminé son travail. Lorsque l'intéressée est trop fatiguée, elle se fait servir le repas en chambre par un membre de la famille. Depuis l'accident, la famille ne reçoit plus personne.

6.3 Entretien du logement

Epousseter / aspirateur / entretien des sols / nettoyer les vitres / faire les lits
[...]

Depuis l'atteinte, l'assurée bénéficie de l'aide du CMS à raison d'1h30 par semaine pour l'entretien de la cuisine, la salle de bain et l'aspirateur. Une belle-sœur prend la poussière, entretient les sanitaires. L'assurée dit ne plus toucher à l'entretien du logement depuis son atteinte à la santé. Les grands nettoyages et l'entretien des vitres sont reportés à des jours meilleurs. Le déplacement des meubles est effectué par le mari. Le changement de literie est fait par le mari avec l'aide de sa fille et d'un de ses fils. La réfection totale des lits est gérée par le mari en fonction de ses horaires de

travail. Si l'époux de l'intéressée n'est pas là, les lits ne sont pas faits.

6.4 Emplettes et courses diverses
Poste / assurances / services officiels
[...]

Depuis l'atteinte, l'assurée établit la liste des courses. Le mari de l'assurée effectue la plupart des achats quotidiens. L'intéressée accompagne son conjoint ou sa belle-sœur 1 fois par mois au magasin en voiture pour les grosses courses. Cette dernière délègue les produits à mettre dans le chariot. Les achats sont chargés, déchargés de la voiture et portés à la maison soit par le mari ou la belle-sœur. Les enfants et le mari rangent les emplettes. L'assurée prépare les paiements, rédige le courrier. Si un membre de la famille a un besoin d'habits, le mari de l'assurée s'occupera de l'accompagnement en voiture.

6.5 Lessive et entretien des vêtements
Laver / suspendre / ramasser / repasser / raccommoder
[...]

Depuis l'atteinte, l'assurée trie le linge et c'est le mari qui porte la corbeille, charge, décharge et programme les 7 à 9 machines par semaine. Le linge est suspendu par les enfants et l'époux. Le personnel du CMS effectue le repassage à raison d'1h30 par semaine. L'assurée plie le linge et c'est chaque membre de la famille qui range son tas de linge.

6.6 Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille
Surveillance et promenades des enfants / soins / contrôle des tâches scolaires / Trajets école et activités extrascolaires
[...]

Depuis l'atteinte, l'assurée accompagne à pied 3 fois par semaine son fils jusqu'au passage piéton situé à 200m de la maison. L'intéressée attend que son fils traverse la route pour revenir à la maison. L'école se trouve à 200m du passage piéton. L'assurée se déplace uniquement en béquille à l'extérieur. Le mercredi, [...] a un horaire scolaire normal et va à l'école avec sa sœur. L'intéressée est souvent couchée lorsque les enfants rentrent de l'école. Si l'un des enfants a un problème avec ses leçons, il se déplace auprès de cette dernière. [L'assurée] délègue à son mari tous les déplacements en voiture pour les activités de tous les enfants. L'intéressée, en fonction de l'intensité de ses douleurs mandate son mari pour les rendez-vous avec l'école.

6.7 Divers
Soins infirmiers / entretien des plantes et du jardin / garde des animaux domestiques / confection de vêtements / activité d'utilité publique / formation complémentaire / création artistique
[...]

Depuis l'atteinte, l'assurée n'est plus retournée à la gymnastique et ne participe plus aux activités bénévoles. L'entretien et l'arrosage des plantes est assuré par le mari et les enfants car l'assurée dit ne plus à voir la force de le faire. »

Par ailleurs, l'enquêtrice a fait part de ses remarques finales en ces termes :

« [...] La situation observée sur place est probablement influencée par l'encadrement familial et culturel dont bénéficie l'intéressée. Sans cette aide, l'assurée serait contrainte de participer davantage aux diverses tâches ménagères en fractionnant éventuellement davantage ses activités. [...] »

Le descriptif de la vie quotidienne, tel que retranscrit par la Dresse T. _____ dans son rapport du 30 août 2010, rejoint pour l'essentiel les déclarations consignées par l'enquêtrice de l'OAI, à savoir :

« [...] Le matin, elle se lève à 6h30 ; elle prend soin de sa toilette puis elle déjeune. Elle lève les enfants et leur prépare le déjeuner. Elle accompagne son fils benjamin à l'école, lorsqu'il ne va pas avec sa sœur ou avec une connaissance. Durant la matinée, l'expertisée se recouche ou s'assied au salon. Elle pratique quelques exercices de gymnastique. Elle n'arrive pas à exercer les travaux du ménage et elle ne sort pas de chez elle. En fin de matinée, elle prépare un repas simple pour les 3 enfants cadets qui rentrent à midi ; souvent, l'assurée se couche pour manger en raison de ses douleurs. L'après-midi, elle pratique quelques exercices de gymnastique, mange une collation et ne sort que lorsque nécessaire. Elle s'occupe des tâches administratives au domicile et se repose. L'assurée regarde la TV, appréciant les histoires vraies, les feuilletons et les films joyeux. Elle écoute volontiers de la musique, notamment un CD de relaxation qu'elle a reçu à la Clinique K. _____ ; elle n'allume pas la radio. L'assurée lit des livres, essentiellement en français (elle maîtrise également les langues serbe et albanaise). Le soir, elle prépare avec l'aide de ses enfants un repas qui est pris en famille. Elle se couche entre 18h et 20h, passant la soirée alitée ; elle s'endort vers 23h. Durant les week-ends, l'expertisée sort rarement se promener ; elle vaque par ailleurs aux mêmes activités que les jours de la semaine. Elle a dû interrompre tous ses loisirs, se contentant de jouer avec ses enfants. Elle ne pratique aucun sport hormis ses rares promenades. La famille ne possède pas d'animaux et l'assurée n'a aucune vie associative. Sa vie sociale est principalement constituée par les membres de sa famille : son frère se rend souvent chez elle et elle reçoit occasionnellement la visite d'amies. L'expertisée téléphone volontiers à des connaissances. Pour le ménage, une aide du CMS se rend chez l'assurée 3h par semaine pour les « gros travaux » et le repassage. Le mari prend en charge la lessive ; toute la famille participe aux travaux ménagers. Les achats sont réalisés en voiture par le mari ; l'assurée lui rédige parfois une liste. Elle ne conduit plus la voiture familiale. [...] »

Selon le rapport de la Dresse T. _____ du 11 mars 2011, le quotidien de l'assurée est décrit comme suit :

« [...] Le matin, elle se lève entre 9 et 11 h ; elle boit de l'eau, déjeune puis reste couchée dans son lit. Lorsque sa fille rentre de l'école à midi, l'enfant aide sa mère à faire sa toilette. Le mari cuisine un repas ou il achète un plat préparé qui est pris en famille.

L'assurée est ensuite raccompagnée par ses enfants dans sa chambre où elle se couche dans son lit. L'après-midi, elle s'entraîne, au moyen d'un ballon, à effectuer des exercices de physiothérapie de renforcement du dos. Elle se recouche dans son lit, tentant de s'évader de ses douleurs. Parmi ses activités, elle regarde un peu la TV, appréciant les « émissions de réalité » et les films joyeux. Elle écoute rarement de la musique et la radio, que les enfants lui proposent. Alors qu'elle appréciait la lecture, actuellement l'assurée lit toujours mais elle ne retient plus le sens des phrases, disant que « c'est vide ». Elle n'utilise pas l'ordinateur. L'assurée ne sort de la maison que pour ses rendez-vous médicaux, étant portée par son mari dans les escaliers et conduite en voiture par ce dernier depuis que les transports de bénévoles ne sont plus remboursés. L'assurée dit passer presque l'entier de ses journées et de ses nuits couchée dans son lit. Elle ne regarde pas trop longtemps la TV car celle-ci l'agace rapidement.

En fin de journée, le mari cuisine le repas du soir que l'expertisée mange seule dans sa chambre car elle décrit son lit comme plus confortable que la salle à manger. Elle passe la soirée au lit et s'endort par bribes ; elle n'a plus de rythme nyctéméral et dort d'une manière fractionnée le jour et la nuit. Elle se plaint de cauchemars de chutes durant lesquels elle crie.

Les achats sont réalisés par le mari, les travaux du ménage et de la lessive par les enfants et le mari. La mère de l'expertisée et sa fille repassent. La famille ne reçoit plus d'aide au domicile de la part des services sociaux.

L'assurée ne conduit plus sa voiture, qu'elle n'a pour ainsi dire pas reprise depuis son accident ; le mari conduit.

Les week-ends sont passés au domicile. L'assurée tente de jouer avec ses enfants, mais elle interrompt cette activité très rapidement en raison de ses douleurs.

Sa vie sociale est constituée par son mari, les quatre enfants, le frère de l'expertisée et la famille de celui-ci. Actuellement, la mère de l'expertisée vient une fois par semaine au domicile et l'aide aux travaux du ménage. L'assurée voit de temps en temps sa belle-famille qui réside en Suisse. Elle téléphone très rarement à son père qui vit en Serbie. Elle n'a plus de contact avec ses amis habituels. L'assurée ne pratique plus aucun sport, ni même la promenade ; elle n'a pas de vie associative et elle ne possède pas d'animaux. [...] »

Enfin, la recourante a déclaré ce qui suit au Dr AA. _____ :

« [L'assurée] se lève à 6 h 30 : « *je me repose, j'essaie un peu de faire mon ménage, parfois un peu la cuisine... je ne fais pas grand-chose* ».

Hormis à l'occasion du second examen de la Dresse T. _____, il apparaît que la recourante a conservé un rythme régulier et se consacre pour l'essentiel à des tâches administratives, ainsi qu'à ses enfants. Elle concède par ailleurs tenter de faire son ménage et cuisiner. Dans ce contexte, elle dispose manifestement d'une aide conséquente de son

entourage familial proche, ce qui permet en tous les cas de déduire qu'elle dispose incontestablement de ressources sociales non négligeables. Par ailleurs, la gestion des tâches administratives, telles que les paiements et la correspondance, ainsi que l'organisation des courses et des réserves, apparaissant au demeurant peu compatibles avec une atteinte à la santé psychique, justifient de conclure que l'assurée est encore dotée de ressources adaptatives importantes et de capacités intellectuelles conservées. Ainsi que l'a d'ailleurs indiqué l'enquêtrice de l'OAI, il y a lieu de relever que le contexte social influence vraisemblablement les effets subjectifs de l'atteinte à la santé, dans la mesure où l'assurée dispose d'un soutien très important de sa famille et n'allègue pas l'avoir perdu nonobstant la séparation d'avec son époux.

Vu ces éléments, il y a lieu de retenir que l'assurée - contrairement à ce qu'elle soutient - n'est pas dénuée de toute capacité fonctionnelle et qu'elle est dotée de ressources adaptatives, en dépit de son absence de toute motivation à réintégrer le marché du travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles objectivées par les experts somaticiens.

bc) Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de nier le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux affectant la recourante.

c) En définitive, il convient de s'en tenir aux évaluations ressortant des différents rapports d'expertise et de considérer avec l'intimé que la recourante est effectivement dotée d'une capacité de travail de 100% depuis le 1^{er} janvier 2011 dans une activité respectant les limitations fonctionnelles consécutives à l'accident du 14 février 2009, tandis qu'elle a recouvré une capacité résiduelle de travail de 50% dès le 1^{er} octobre 2010.

8. Reste à se prononcer sur l'aspect économique, singulièrement sur les revenus pris en compte par l'intimé pour déterminer le taux

d'invalidité de la recourante selon la fiche d'évaluation communiquée à la Cour de céans en annexe à l'écriture du 21 octobre 2014.

a) On rappellera préalablement que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-invalidité et d'assurance militaire. Cela impose une certaine coordination aux institutions d'assurance, qui doivent en principe retenir un même taux d'invalidité pour une même atteinte à la santé. Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. S'ils ne peuvent pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force, ils doivent s'en écarter s'ils ont des motifs pertinents de le faire. Cela ne sera en principe qu'exceptionnellement le cas. Peuvent constituer des motifs suffisants le fait que l'évaluation contestée repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré, qu'elle repose sur des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles ou encore, de manière plus générale, qu'elle ne soit pas du tout convaincante ou qu'elle soit entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 consid. 3 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] I 853/05 du 28 décembre 2006 consid. 4.1.1).

Dans un arrêt publié aux ATF 133 V 549, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité au sens de l'ATF 126 V 288. Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d ; TF 9C_813/2012 du 18 mars 2013 consid. 3.4).

En l'espèce, dans le cadre du litige qui opposait l'assurée à son assureur-accidents, la U. _____ SA, un degré d'invalidité arrondi à 8% a été mis à jour au terme de la procédure judiciaire qui s'est soldée par l'arrêt de la Cour de céans du 16 juin 2015 (AA 83/14 - 66/2015). Quand bien même l'OAI ne se trouvait pas dispensé de procéder de son côté à une évaluation spécifique de l'invalidité de l'assurée, il n'en demeure pas moins que les revenus retenus en matière d'assurance-accidents constituent des éléments devant être pris considération afin de fixer le degré d'invalidité de la recourante.

b) En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Selon l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (cf. également : TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010 consid. 2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 165 p. 898).

La notion de marché du travail équilibré est certes théorique et abstraite mais elle est inhérente au système et trouve son fondement à l'art. 16 LPGGA. Cela signifie qu'il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail - ce qui revient à l'assurance-chômage -, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 8C_771/2011 du 15 novembre 2012 consid. 4.2).

c) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux

revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité ; dans la mesure où ils ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (méthode générale de comparaison des revenus ; cf. ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_195/2010 du 16 août 2010 consid. 6.2 ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 165 pp. 898-899).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.2.1 ; TF 9C_254/2010 du 29 octobre 2010 consid. 4.2) ou à la date de survenance d'un motif de révision (cf. TF 9C_181/2008 du 23 octobre 2008 consid. 4).

d) Le revenu sans invalidité doit être déterminé en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'assuré aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010 consid. 5.2). Il doit être évalué de la manière la plus concrète possible ; c'est pourquoi il se déduit en principe du revenu réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'à la date déterminante pour l'évaluation (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.3.1).

Lorsque le dernier salaire obtenu ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser - au degré de la vraisemblance prépondérante - s'il n'était pas devenu invalide, il y a alors lieu en principe de se rapporter aux données statistiques résultant de l'ESS, publiées par l'OFS (TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.2 ; VSI 1999 p. 246).

Dans le cas particulier, la U._____SA a fixé un revenu hypothétique sans invalidité, fondée sur les données concrètes des employeurs de l'assurée versées à son dossier, ainsi que sur les déclarations de la recourante à l'inspecteur de sinistres de la F._____SA.

Ce revenu a été arrêté à 52'030 fr. 40. Il était remarqué que l'assurée avait exercé des activités lucratives auprès du Supermarché C._____ à hauteur de 50% - taux susceptible d'augmentation ultérieure en fonction de ses disponibilités -, ainsi que de la société O._____ à concurrence de quelques heures par semaine. Elle s'était chargée également de la conciergerie de son immeuble en collaboration avec son conjoint et effectuait des ménages privés. L'assurée avait toutefois envisagé la résiliation de son contrat de travail avec la O._____, vu la conclusion d'un contrat avec le Supermarché C._____.

Dès lors, la Cour de céans a considéré plausible la déduction selon laquelle l'assurée en bonne santé aurait déployé une activité d'employée de supermarché à 80%, tout en conservant la tenue de ménages privés et en adaptant à la baisse son engagement en qualité de concierge en concertation avec son époux.

Le revenu hypothétique sans invalidité, constitué d'un revenu de 38'230 fr. 40 après actualisation à 2011, tel que réalisable à 80% au sein du Supermarché C._____, d'un gain annuel de 3'800 fr. en tant que femme de ménage et de 10'000 fr. en tant que concierge, soit un total de 52'030 fr. 40, a ainsi été confirmé et peut être retenu également dans le cadre de la présente procédure.

Cela étant, si l'on devait considérer que le revenu hypothétique sans invalidité ne peut être fixé sur la base des données concrètes ci-dessus, il s'agirait de se référer à l'ESS, ainsi que le préconise la jurisprudence fédérale citée ci-avant. Cas échéant, au vu de la diversité des activités exercées par l'assurée, il y aurait lieu de prendre en considération le tableau regroupant le total des activités de la production et des services. Selon ces données, les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, pouvaient prétendre un salaire mensuel de 4'225 fr., part au 13^{ème} salaire comprise, sans qualification professionnelle particulière (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4).

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel serait majoré à 4'405 fr. ($4'225 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), correspondant à un salaire annuel de 52'855 francs. Après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3), le revenu annuel déterminant à plein temps serait de 53'367 francs.

e) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En revanche, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS publiée par l'OFS ou sur les données salariales ressortant aux descriptifs des postes de travail ([DPT] ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 76 consid. 3a/bb ; 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3).

En cas de recours à l'ESS, il se justifie d'examiner l'opportunité d'une déduction supplémentaire sur le revenu d'invalidé. Il est en effet notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires

inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79 ; TF 9C_704/2008 du 6 février 2009 consid. 3). Cette énumération d'éléments personnels et professionnels pouvant justifier une déduction doit toujours s'inscrire dans le but visé par la jurisprudence qui est de déterminer, à partir de valeurs statistiques, un revenu d'invalidé qui corresponde au mieux, in concreto, à l'exploitation lucrative raisonnablement exigible des activités encore possibles dans le cadre de la capacité résiduelle de travail (ATF 126 V 75 consid. 5 ; TF 8C_887/2008 du 24 juin 2009). Il ne faut pas procéder à une déduction d'office, mais uniquement si des indices montrent qu'en raison d'un ou plusieurs facteurs déterminants, un assuré ne peut exploiter sa capacité de travail résiduelle sur le marché ordinaire de l'emploi qu'en réalisant un revenu inférieur à la moyenne (TF 8C_711/2012 du 16 novembre 2012 consid. 4.2.1). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on en ignorerait les interactions eu égard à une approche globale de la situation (ATF 126 V 75 consid. 5).

Le salaire de référence in casu est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services) en 2010, soit 4'225 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise (ESS 2010, TA1, niveau de qualification 4). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir avec l'intimé qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux restrictions fonctionnelles présentées par l'assurée. Ce

constat rend superflu de définir précisément des activités adaptées, ainsi que l'a requis la recourante. Cela étant, les activités énumérées exemplativement par l'intimé dans son écriture du 21 octobre 2014 - à savoir employée de services généraux, dans le scannage des documents, dans la gestion de courrier ou au sein d'un économat - peuvent être qualifiées d'adaptées à l'état de santé de la recourante.

Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2011 (41,7 heures ; cf. OFS / La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 9.2), le revenu mensuel doit être majoré à 4'405 fr. ($4'225 \text{ fr.} \times 41,7 / 40$), ce qui met à jour un salaire annuel de 52'855 francs.

La recourante étant en mesure d'exploiter une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès janvier 2011, son salaire d'invalidé s'élèverait en définitive à 53'367 fr. après actualisation à l'année 2011 au moyen de l'indice suisse des salaires nominaux (cf. OFS/ La Vie économique, n°1/2-2014, tableau B 10.3).

Compte tenu d'une capacité de travail restreinte à 50% pour la période d'octobre à décembre 2010, ce salaire serait de 26'684 francs.

Il se justifie en outre de procéder à une réduction supplémentaire des salaires statistiques. Un abattement maximal de 10% paraît approprié pour tenir compte du fait que seule une activité légère reste à la portée de la recourante et au vu de sa relativement longue période d'inactivité. Les autres critères dégagés par la jurisprudence fédérale dans ce cadre n'ont pas lieu d'être pris en considération puisque l'assurée est encore jeune, dotée de ressources adaptatives, et ne subit d'entraves ni du fait de sa nationalité, ni d'une quelconque problématique linguistique. On ajoutera qu'une réduction de 10%, supérieure à celle de 5% proposée par l'OAI dans sa détermination du 21 octobre 2014, ne modifie en rien les degrés d'invalidité déterminants pour le cas d'espèce.

Déduction faite, le revenu annuel d'invalidé déterminant s'élève ainsi à 48'030 fr. pour un temps de travail de 100%, respectivement 24'015 fr. à 50%.

f) Etant donné les revenus fixés ci-avant, l'incapacité de gain se monte dès janvier 2011 à 7,7% ($[(52'030 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}) \times 100 / 52'030 \text{ fr.}]$), arrondis à 8% (cf. ATF 130 V 121 consid. 3.2), excluant de facto le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI à compter d'avril 2011 en application de l'art. 88a al. 1 RAI.

Quant à la période antérieure s'étendant limitativement d'octobre à décembre 2010, l'incapacité de gain se monte à 53,8% ($[(52'030 \text{ fr.} - 24'015 \text{ fr.}) \times 100 / 52'030 \text{ fr.}]$), arrondis à 54%, ce qui justifie la réduction de la prestation versée précédemment. Ce taux ouvre en effet le droit à une demi-rente d'invalidité dès janvier 2011 conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

Le recours aux ESS pour fixer le revenu hypothétique sans invalidité ne modifierait pas les prestations litigieuses.

Dès le recouvrement d'une pleine capacité de travail en janvier 2011, le taux d'invalidité serait de 10% au maximum ($[(53'367 \text{ fr.} - 48'030 \text{ fr.}) \times 100 / 53'367 \text{ fr.}]$) n'ouvrant derechef aucun droit à une rente d'invalidité dès avril 2011.

Pour la période antérieure d'octobre 2010 à décembre 2010, l'incapacité de gain s'élèverait au plus à 55% ($[(53'367 \text{ fr.} - 24'015 \text{ fr.}) \times 100 / 53'367 \text{ fr.}]$) permettant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à partir du mois de janvier 2011.

9. Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté et les décisions querellées confirmées.

a) La procédure est onéreuse ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD).

Cependant, lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, les frais judiciaires, ainsi qu'une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, sont supportés par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des frais judiciaires et des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

b) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et devraient être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors que cette dernière est au bénéfice de l'assistance judiciaire, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat.

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

La recourante bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard à compter du 29 avril 2014 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Le 5 mai 2015, Me Gilliard a produit le relevé des opérations effectuées pour le compte de la recourante. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à huit heures et trente minutes au tarif horaire de 180 fr. (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; RSV 211.02.3]), à quoi s'ajoutent les débours par 16 fr. 80 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 1'670 fr. 55 pour l'ensemble de l'activité déployée dans la présente cause.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, tandis que la recourante est rendu attentive qu'il lui incombera de rembourser le montant corrélatif dès que sa situation financière le lui permettra (art. 123 al. 1 CPC).

Il appartient au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** Les décisions rendues le 24 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud sont confirmées.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont provisoirement laissés à la charge de l'Etat.

- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

V. L'indemnité d'office de Me Gilliard, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'670 fr. 55 (mille six cent septante francs et cinquante-cinq centimes), débours et TVA compris.

VI. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Laurent Gilliard, à Yverdon-les-Bains (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :