

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 juillet 2012

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

Z._____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Pierre Seidler,
avocat à Delémont,

et

A._____, à Vevey, intimé.

Art. 4 et 28 LAI; 17 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assurée), née le [...] 1946, a travaillé comme assistante sociale auprès de [...] jusqu'en septembre 2001. Souffrant notamment d'une dépression depuis la fin de l'année 2000, elle a déposé le 1^{er} mars 2002 une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après: AI) tendant à l'octroi d'une orientation professionnelle.

Dans un rapport du 15 avril 2002, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de status après multiples interventions orthopédiques du pied droit, de maladie de Südeck du pied droit et de syndrome dépressif pluri-étiologique. L'incapacité de travail étant essentiellement liée aux affections orthopédiques et psychiatriques, le Dr F._____ préconisait de requérir sur cette question l'avis des différents spécialistes ayant rencontré la patiente.

Le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics affectant la capacité de travail d'ostéochondrite du dôme astragalien interne droit, d'arthrose astragalo-schaphoïdienne sur pieds creux, de spondylolisthésis L5-S1 et d'état dépressif. L'assurée présentait selon ce praticien une incapacité de travail depuis décembre 1997, épisodique selon les circonstances, et continue dès le 1^{er} novembre 2000 du fait de l'état dépressif (cf. rapport du 26 mars 2002). Dans un rapport du 21 octobre 2002, la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère, de fibromyalgie et de personnalité dépendante, existant depuis octobre 1999. Elle mentionnait une capacité de travail fluctuante. Le Dr J._____, nouveau psychiatre traitant de l'assurée, a diagnostiqué un épisode dépressif sévère en rémission partielle, existant depuis fin 2000; il estimait que l'évolution était légèrement favorable, en raison d'une amélioration partielle des symptômes dépressifs et anxieux, avec une possible reprise du travail dans les mois à venir (cf. rapports des 23 mars 2002 et 25 octobre 2002).

En septembre 2002, l'assurée a mis fin à sa prise en charge psychiatrique.

Dans un rapport complémentaire du 29 octobre 2003, le Dr F. _____ mentionnait une diminution de la médication anti-inflammatoire antalgique et antidépressive ainsi que l'interruption de la prise en charge par le psychiatre. L'incapacité de travail avait été totale jusqu'au 31 décembre 2002; dès le 1^{er} janvier 2003, la patiente avait été apte à reprendre une activité d'assistante sociale à 100% sous les réserves suivantes: absence de longs trajets à pieds, possibilité de changer de position dans la journée et poste impliquant une certaine sédentarité.

Par décision du 11 février 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} octobre 2001 au 31 mars 2003.

N'ayant pas fait l'objet d'un recours, la décision du 11 février 2005 est entrée en force.

B. Après avoir bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage, l'assurée a repris pendant quelques mois (du 1^{er} mai au 6 août 2004) une activité à 80% en qualité d'assistante sociale dans une organisation pour patients atteints de sclérose en plaques.

Le 31 mars 2006, elle a présenté une nouvelle demande de prestations AI, invoquant, outre la maladie annoncée en 2002, une récurrence du syndrome de Südeck, une opération du pied droit le 8 août 2005 et un accident de la circulation le 5 novembre 2004, décrit comme un "coup du lapin". Elle expliquait présenter depuis l'accident des troubles de la mémoire et de la concentration, des vertiges, des nausées et ne plus pouvoir entretenir son ménage, faire ses courses, ni conduire.

Procédant à l'instruction de la demande de prestations, l'OAI a requis différents médecins de lui adresser un rapport médical.

Le 4 mai 2006, le Dr V._____, médecin associé à l'hôpital orthopédique de la Suisse romande, a diagnostiqué, comme ayant une répercussion sur la capacité de travail, des cervico-scapulalgies post-traumatiques avec persistance de vertiges et un status après interventions orthopédiques du pied droit le 19 août 2005. Le Dr V._____ relevait que l'état de santé global de l'assurée était moins bon que l'état de son pied droit; l'intéressée était en incapacité de travail totale depuis le 5 novembre 2004, alors que sur le plan orthopédique, l'évolution locale du pied droit étant satisfaisante, elle disposait d'une capacité de travail à 100% dans une activité sédentaire.

Dans son rapport du 16 octobre 2006, le Dr F._____ a fait état de malaises vaso-vagaux dans les suites d'une distorsion de la colonne cervicale, de thoracodynies sans substrat coronarien et d'algoneurodystrophie du pied. Il mentionnait que l'assurée avait développé des phénomènes de diplopie visuelle dans les suites de l'entorse cervicale survenue le 5 novembre 2004. Il rappelait le syndrome dépressif réactionnel pluri-étiologique et retenaient des céphalées mixtes tensionnelles, migraineuses et cervico-scapulaires chroniques avec des éléments compatibles avec une fibromyalgie. L'incapacité de travail était influencée par l'ensemble des diagnostics. Les limitations fonctionnelles se traduisaient par une alternance des positions assis-debout, tout en évitant les mouvements du buste, le port de charges, le travail en hauteur ou les déplacements en sol irrégulier qui précipitaient les phénomènes diplopiques, ainsi que par l'impossibilité d'entreprendre des trajets en transports en communs en raison du problème oculaire.

Dans un rapport du 8 novembre 2006, la Dresse G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté une incapacité de travail totale de 2001 à avril 2004 puis dès août 2004. Elle expliquait que l'accident de voiture du 5 novembre 2004 avait provoqué une résurgence anxieuse et une recrudescence de la symptomatologie dépressive,

auxquelles s'étaient ajoutés des problèmes physiques sous forme de troubles de mémoires, vertiges, troubles de l'équilibre et troubles visuels importants. Elle a posé les diagnostics d'état anxiodépressif grave existant depuis 2001, de fibromyalgie (1996), de problèmes orthopédiques (1996) et de syndrome neurologique et ophtalmique post-traumatique depuis 2004.

L'assurée s'est soumise à une expertise neurologique mise en œuvre par [...] Assurances, assureur en responsabilité civile de l'auteur de l'accident, réalisée en février et mars 2006 par le Dr T._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport d'expertise du 23 mai 2006 communiqué à l'OAI, le Dr T._____ a posé les diagnostics de traumatisme cranio-cervical par décélération survenu le 5 novembre 2004 et de diplopie verticale liée à une décompensation d'une phorie verticale ou à une *ocular tilt reaction*. Le second diagnostic résultait du rapport du 16 mai 2006 de la Dresse X._____, spécialiste en ophtalmologie, consultée par l'assurée en raison de troubles visuels, de vertiges persistants et de fatigue à la lecture ou devant la télévision qu'elle associait aux suites de l'accident; la Dresse X._____ relevait qu'à chaque réévaluation de prismes, il y avait une amélioration du confort avec une disparition de la diplopie. Le Dr T._____ ne doutait pas de l'existence d'un problème neuro-ophtalmologique chez l'assurée mais niait toute relation de causalité avec l'accident de 2004. Selon lui, des facteurs étrangers à l'accident jouaient un rôle déterminant dans l'évolution du cas, en particulier le problème psychiatrique ancien et la personnalité de l'assurée. Ainsi, aucune de ses constatations objectives n'étaient pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 5 novembre 2004 et le statu quo ante était rétabli depuis l'été 2005 au plus tard. En conclusion, il n'existait aucune séquelle objective de l'accident justifiant une invalidité.

Dans un avis du 3 juillet 2007, le Dr Q._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), s'est référé au rapport d'expertise du Dr T._____ et a considéré que s'il n'y avait plus de limitation fonctionnelle liée à l'accident, il n'en restait pas moins que la diplopie pouvait constituer une gêne dans certaines activités

(lecture, conduite automobile, etc.). Sur le plan psychiatrique, des informations complémentaires devaient être demandées à la Dresse G._____ eu égard à certaines lacunes apparaissant dans son rapport.

Le 9 novembre 2007, la Dresse G._____ a attesté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis novembre 2004. Elle a posé les diagnostics de séquelles somatiques d'un accident de la voie publique (novembre 2004), de hernie discale avec sciatique gauche - droit (février 2007), de fibromyalgie en poussées (1996) et d'état anxiodépressif majeur de novembre 2004 à juillet 2007. Elle exposait que l'accident de novembre 2004 avait eu de nombreuses conséquences tant sur le plan physique que psychologique, l'assurée ayant fait une rechute de son état dépressif avec des aspects très régressifs, des attaques de panique et la réapparition d'idées noires. Le traitement psychiatrique s'était poursuivi de manière régulière et intense jusqu'au début de l'année 2007, aboutissant à une stabilisation lente et progressive de la thymie permettant un arrêt de la médication en juillet 2007 et la poursuite d'un traitement sous forme d'entretiens de soutien beaucoup plus espacés qu'auparavant. Ainsi, la thymie était actuellement stabilisée et le pronostic global dépendait de l'évolution de la problématique somatique. Elle précisait à cet égard ce qui suit:

"Somme toute, si l'évolution sur le plan psychiatrique a été favorable, je tiens à souligner ici qu'elle demeure à mon sens fragile car les douleurs et séquelles physiques sont toujours bel et bien là et l'on connaît désormais, de façon irréfutable, l'effet dépressogène des handicaps physiques et que, d'autre part, les attermolements des assurances confinent, dans ce cas présent, à de la maltraitance, ce d'autant plus que cela prend place dans une histoire de vie d'une patiente déjà cruellement éprouvée sur ce plan-là. Rappelons que, depuis cet accident, Mme Z._____ présente toujours une skew déviation, des douleurs chroniques sous forme de céphalées, cervicalgies, associées à des douleurs au niveau du membre inférieur droit, un syndrome "painful legs and moving toes", une hernie discale invalidante avec sciatique gauche - droite, une diplopie verticale et des vertiges visuels s'accompagnant de nausées (en particulier lorsqu'elle est entourée d'objets en mouvement)."

Le SMR a constaté, dans un avis du 7 avril 2008, qu'au vu du rapport de la Dresse G._____ et de l'expertise du Dr T._____, seules

les éventuelles limitations dues à la hernie discale traitée en 2007 devaient encore être investiguées.

Dans un rapport du 16 septembre 2008, le Dr W._____, chef de clinique au Département de l'appareil locomoteur du CHUV, a diagnostiqué des cervicalgies chroniques dans un status après entorse cervicale, un syndrome douloureux chronique, des lombo-sciatalgies droites de territoire L5 dans le contexte d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite luxée vers le haut, un spondylolisthésis L5-S1 sur lyse isthmique dégénérative, painful legs and moving toes syndrom, skew deviation séquellaire à un traumatisme. Il évoquait un pronostic plus que réservé en raison des douleurs persistantes associées aux troubles visuels oculo-moteurs, des douleurs polyarticulaires et des cervicalgies persistantes avec troubles de la concentration. Il attestait une incapacité de travail totale depuis le 4 novembre 2004 et se poursuivant, et indiquait l'impossibilité pour l'assurée d'adopter une posture statique, de se déplacer sans canne et de travailler sur un ordinateur.

Par avis du 2 octobre 2008, le SMR a décidé la mise en œuvre d'un examen orthopédique dans la mesure où des doutes subsistaient, à la lecture du rapport du Dr W._____, quant aux limitations fonctionnelles de l'assurée.

L'examen clinique orthopédique a été réalisé au SMR par le Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, le 31 octobre 2008. Dans son rapport du 20 novembre 2008, le Dr N._____ a posé les diagnostics de diplopie verticale avec syndrome vertigineux persistant et de cervicalgies chroniques sans substrat radiologique, comme affectant la capacité de travail. Les diagnostics de fibromyalgie, de status après multiples opérations des deux pieds, de status après arthrodeuse du gros orteil à droite, de status après lombosciatalgies irritatives et hernie discale L5-S1, d'hypercholestérolémie en traitement, d'état dépressif, de syndrome des jambes sans repos et de status après maladie de Südeck récidivante du pied droit étaient retenus comme sans répercussion sur la capacité de travail. Selon le Dr N._____, une activité

sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges ni travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, avec possibilité de changer de position librement (assis et debout) et d'effectuer de courts déplacements à plat, pouvait être effectuée à 100% et ce depuis janvier 2006. A cet égard, il exposait que l'assurée avait été considérée comme apte à travailler à 100% dans son activité habituelle d'assistante sociale, depuis le 1^{er} janvier 2003; à la suite de l'accident du 5 novembre 2004, elle aurait pu reprendre son activité professionnelle habituelle à 100% dès l'été 2005 (cf. expertise du Dr T._____) mais l'intervention chirurgicale du pied gauche en août 2005, compliquée par une maladie de Südeck, avait conduit à une inaptitude au travail pendant les quatre mois suivant l'intervention. Partant, la capacité de travail exigible était entière dans la profession habituelle depuis janvier 2006.

Examinant les différents avis médicaux au dossier, le SMR s'est exprimé comme il suit, dans un avis du 28 novembre 2008:

"Cette assurée de 62 ans, assistante sociale, a bénéficié d'une rente entière d'octobre 2001 à mars 2003 pour fibromyalgie et état dépressif sévère.

Une deuxième demande est déposée le 31.3.2006 en raison d'un accident du 5.11.2004.

L'accident incriminé est un whiplash syndrome par collision arrière à faible vitesse. Ainsi que l'atteste le Dr V._____, l'assurée a présenté des cervico-scapulalgies post-traumatiques avec vertiges persistants. Une expertise neurologique du Dr T._____ montre qu'il existe une diplopie verticale pouvant constituer une gêne dans certaines activités (lecture, conduite automobile, etc.). Du point de vue de l'expert, il n'y a plus de limitation fonctionnelle liée à l'accident.

A cela s'ajoute un volet psychiatrique pris en charge par la Dresse G._____. Cette spécialiste retient un état anxio-dépressif majeur de novembre 2004 à juillet 2007. Dans un rapport de novembre 2007, elle indique que la thymie de l'assurée est actuellement stabilisée, et que les plaintes sont essentiellement d'ordre somatique.

Enfin, l'assurée a subi une opération du pied gauche en août 2005, compliquée d'une maladie de Südeck, et a présenté une hernie discale L5-S1, traitée avec succès par des infiltrations en 2007.

Afin de préciser les limitations fonctionnelles, l'assurée a été convoquée à un examen orthopédique au SMR le 31.10.2008. Il

apparaît que les cervicalgies n'ont pas de substrat radiologique. Les douleurs lombaires ont pratiquement disparu. Les opérations du pied en 2005 n'ont pas laissé de séquelles influençant la capacité de travail. Notre consultant conclut que l'activité d'assistante sociale, ou toute autre activité sédentaire à semi-sédentaire ménageant le rachis reste pleinement exigible.

En conclusion, je propose d'admettre les incapacités de travail suivantes:

- 100% du 5.11.2004 à juillet 2007
- 0% depuis août 2007."

Le 20 mars 2009, l'OAI a notifié à l'assurée un projet d'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 5 novembre 2004 au 31 octobre 2007.

Z._____, par son conseil, a contesté ce projet de décision le 6 mai 2009, alléguant une contradiction, dans le rapport d'examen du Dr N._____, entre les diagnostics retenus et la capacité de travail exigible estimée à 100%. Elle reprochait particulièrement au Dr N._____ de s'être rallié aux conclusions de l'expertise du Dr T._____ alors que dite expertise avait fait l'objet de nombreuses critiques, comme l'attestaient différents avis médicaux qu'elle produisait, dont notamment les suivants:

- un rapport établi le 30 octobre 2006 par le Dr O._____, médecin associé au Service de neurologie du CHUV, à l'attention du Dr F._____; le Dr O._____ décrivait une situation particulière chez une patiente présentant une intrication de problèmes neurologiques et probablement psychiques dans un contexte prémorbide prédisposant.

- un rapport du Dr M._____, médecin adjoint à l'hôpital ophtalmique Jules Gonin, adressé le 20 mars 2007 à la Dresse X._____; le Dr M._____ retenait deux séquelles neuro-ophtalmologiques du traumatisme de 2004, soit une diplopie verticale - bien traitée par les prismes de Fresnel mais ne permettant de lire que 20 à 30 minutes - et des symptômes très évocateurs de vertiges visuels - l'assurée était perturbée par les mouvements autour d'elle (train, bus, foule dans un grand magasin, film d'action à la télé).

- un nouveau rapport du Dr O. _____ du 1^{er} juin 2007, relatif à un examen neurologique réalisé le 7 mai 2007 ayant révélé une discrète différence des réflexes ostéotendineux peu spécifique et de discrets signes d'une polyneuropathie sensitive aux membres inférieurs ainsi qu'une mobilité réduite pour la rotation à droite de la colonne cervicale.

- un compte rendu de physiothérapie du 12 décembre 2007; la thérapie avait eu un succès partiel, la qualité de vie ayant été légèrement améliorée (la patiente se sentant plus stable et plus à l'aise à l'extérieur, arrivait à regarder la télévision environ 30 minutes et à travailler à l'ordinateur pendant 30 minutes, plusieurs fois par jour) mais il demeurait des situations très problématiques (retourner au travail, conduire, utiliser les transports publics, lire).

- un rapport d'examen posturographique du Dr P. _____, médecin adjoint au Service d'oto-rhino-laryngologie du CHUV, daté du 17 décembre 2007; il faisait état d'une récupération du champ d'équilibre et de l'amélioration de la stratégie posturale par rapport au précédent examen du 29 mai 2007.

- un courrier du Dr P. _____ du 15 août 2008 adressé au conseil de l'assurée; cette dernière présentait des séquelles de l'accident de 2004 d'origine neuro-ophtalmologique sous forme d'une diplopie verticale traitée par des prismes. Sur le plan oto-rhino-laryngologique et otoneurologique, l'examen était normal. Le traitement de physiothérapie vestibulaire proposé avait apporté un bénéfice sur la gestion de l'équilibre mais n'avait eu aucune influence sur la symptomatologie visuelle.

Dans un avis du 27 mai 2009, le SMR a considéré que le cas était suffisamment documenté par l'expertise neurologique et l'examen orthopédique mais a toutefois proposé de requérir l'avis du Dr P. _____ s'agissant des répercussions de la diplopie et des vertiges sur la capacité de travail. Il rappelait à cet égard l'avis SMR du 3 juillet 2007 (la diplopie pouvait constituer une gêne dans certaines activités), l'appréciation de la Dresse X. _____ du 16 mai 2006 (la diplopie disparaissait à chaque

adaptation des prismes mais une fatigue oculaire persistait après 20 minutes de lecture), l'avis du Dr M. _____ du 20 mars 2007 (vertiges visuels dans certaines situations) et le compte-rendu de physiothérapie du 12 décembre 2007 (l'assurée pouvait regarder la télévision ou travailler à l'ordinateur pendant 30 minutes, plusieurs fois par jour); il reconnaissait qu'un équilibre avait été récupéré.

Le 14 août 2009, le Dr P. _____ a posé le diagnostic de diplopie verticale post-traumatique avec vertiges visuels, existant depuis novembre 2004. Il attestait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis l'accident, en raison d'une vision double, de vertiges et troubles de l'équilibre lorsque l'environnement bouge. Il mentionnait qu'une activité sédentaire, ne stimulant pas la vision (par exemple téléphoniste), pouvait éventuellement être envisagée.

Le SMR s'est référé à l'avis du Dr P. _____ et a reconnu une pleine exigibilité dans une activité adaptée, soit une activité sédentaire ne stimulant pas la vision. Il s'interrogeait toutefois sur le caractère adapté de l'activité antérieure (avis du 23 septembre 2009).

Le 29 octobre 2009, l'OAI s'est déterminé sur la contestation de l'assurée du 6 mai précédant. Il rappelait qu'au plan somatique, le Dr T. _____ niait toute limitation fonctionnelle en lien avec l'accident de 2004. Au plan psychiatrique, l'assurée avait présenté un état anxio-dépressif majeur de novembre 2004 à juillet 2007, attesté par la Dresse G. _____, laquelle précisait en novembre 2007 que la thymie était stabilisée et que les plaintes étaient essentiellement d'ordre somatique. L'examen orthopédique du Dr N. _____ a finalement révélé une incapacité de travail du 5 novembre 2004 à juillet 2007 et le fait qu'une activité sédentaire à semi-sédentaire ménageant le rachis restait pleinement exigible. Le Dr P. _____ avait confirmé l'appréciation du SMR du 3 juillet 2007, à savoir qu'une activité sédentaire ne stimulant pas la vision était envisageable. Finalement, le service de réinsertion de l'OAI admettait, sur la base d'un descriptif de la HES que l'activité d'assistante

sociale était adaptée dans la mesure où les tâches administratives sur informatique ne constituaient qu'une petite partie de ce travail.

Par décision du 25 janvier 2010, le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100% a été reconnu à l'assurée pour la période du 1^{er} novembre 2005 au 31 octobre 2007.

C. Z._____ a déféré la cause à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par recours du 26 février 2010, en concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision litigieuse, à l'octroi des prestations légales découlant de la LAI à compter du 1^{er} août 2007 et au renvoi du dossier à l'intimé à cette fin. En substance, elle expose que depuis l'accident de 2004 ayant occasionné un "coup du lapin", elle présente une incapacité totale de travailler. Sa diplopie constitue une gêne dans certaines activités, notamment pour travailler à l'ordinateur, comme l'ont reconnu différents médecins dont celui du SMR (avis du 3 juillet 2007). Elle en déduit que la profession d'assistante sociale n'est pas adaptée, l'intimé s'étant à cet égard contenté de l'avis succinct d'une spécialiste en réadaptation pour arriver à ce constat alors qu'il est contraire aux avis médicaux figurant au dossier. Elle soutient en outre que le rapport d'examen du Dr N._____ est contradictoire puisqu'il admet des atteintes à la santé avec répercussion sur la capacité de travail telle que la diplopie verticale et les cervicalgies et retient une capacité de travail exigible de 100% dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. A cet égard, elle est d'avis que le Dr N._____ s'est contenté de prendre "pour argent comptant" les conclusions de l'expertise du Dr T._____ du 23 mai 2006, faisant fi des objections qu'elle a soulevées contre cette expertise. Elle allègue en outre un refus du Dr N._____ d'examiner les pièces qu'elle lui a remises, "pièces médicales en rapport avec ses problèmes visuels de même qu'en rapport avec tous les traitements médicaux ordonnés par les spécialistes en ophtalmologie", une attitude désagréable et des manipulations sans aucune retenue qui avaient nécessité son hospitalisation au CHUV à l'issue de l'examen, ainsi qu'une négligence quant à ses vertiges. Elle argue ainsi que l'examen orthopédique ne permet pas à l'intimé de fonder sa décision, alors que

l'intégralité des pièces médicales figurant au dossier atteste de l'ensemble de ses atteintes à la santé et l'incapacité de travail qui en découle. Partant, le rapport du Dr N._____, contradictoire, arbitraire et contredit par d'autres opinions médicales, doit être écarté, et le dossier être renvoyé à l'intimé. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale neuro-ophtalmologique tendant à déterminer son incapacité de travail, ainsi que l'audition en qualité de témoins d'un certain nombre de médecins. Elle produit en outre différentes pièces médicales, dont notamment un rapport du 25 novembre 2009 du Prof. D._____ du Centre Hospitalier [...] à Paris, établi à la suite d'une IRM cérébrale réalisée le 12 novembre 2009 ayant décelé diverses lésions encéphaliques séquellaires post-traumatiques.

Dans sa réponse du 12 juillet 2010, l'OAI préavise pour le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il indique se rallier aux avis médicaux de son service des 9 et 15 juin 2010, qu'il joint en annexe. Le Dr Q._____ relève qu'il a été demandé au Dr N._____, en qualité de spécialiste en chirurgie orthopédique, de se prononcer sur la capacité de travail de l'assurée du strict point de vue orthopédique, de sorte qu'il est vain de lui reprocher de ne pas avoir tenu compte des vertiges et de la diplopie qui sortent de son domaine de compétence; il convient dès lors de se référer aux avis des Drs T._____ et P._____ s'agissant de ces questions. Le Dr Q._____ fait par ailleurs valoir que le rapport du Prof. D._____ est destiné à objectiver les lésions attribuées à l'accident de 2004 et ne préjuge en rien des limitations fonctionnelles ni de la capacité de travail (avis du 9 juin 2010). Il rappelle finalement que l'incapacité de travail de 1999 à 2003 était en relation avec un état dépressif sévère associé à une fibromyalgie et que celle concernant la période de novembre 2004 à juillet 2007 a été reconnue dans les suites de l'accident, compliqué d'un état anxio-dépressif. Il n'y a dès lors pas lieu de parler de rechute de maladies précédentes puisque la plainte actuelle majeure est d'ordre otoneurologique (avis du 15 juin 2009).

Dans sa réplique du 29 novembre 2010, la recourante se réfère à un rapport du 21 octobre 2010 du Dr K._____, spécialiste en

médecine générale, médecin traitant depuis novembre 2008, lequel atteste depuis cette date et pour une durée indéterminée, une incapacité de travail totale pour des motifs physiques et psychologiques. Il expose qu'en dehors des troubles neurologiques mis en évidence par le Dr O._____, et dont il ne faut attendre aucune évolution favorable, l'état de santé de la patiente est aujourd'hui affecté par des aspects psychologiques. Les récurrences d'épisodes dépressifs sévères constituent un handicap majeur, certainement aggravés par les circonstances de l'accident et les péripéties asséculo-logiques. La recourante joint également un courrier de la Dresse G._____, du 7 octobre 2010, dont la teneur est la suivante:

"Etat de santé actuel de la patiente:

Mme Z._____ présente un état dépressif grave avec idées suicidaires, caractérisé par une importante tristesse de l'humeur, une thymie abaissée avec perte de l'élan vital, anhédonie, asthénie importante, trouble de la mémoire et de la concentration, retrait social, et aboulie d'exécution. Elle ne peut s'engager à ne pas attendre à ses jours qu'en s'accrochant à la promesse qu'elle en avait faite à sa fille et en pensant à son petit-fils. Je tiens à rappeler ici que j'avais suivi Mme Z._____ de 2003 à 2004 pour un état dépressif évoluant depuis 2001 aggravé en 2003 au décès de sa mère. En mai 2004, l'état psychique de la patiente s'est nettement amélioré et elle avait pu reprendre un travail. La thymie était alors stabilisée. Suite à l'accident de novembre 2004, la patiente a fait une rechute dépressive qui a été particulièrement longue et difficile à traiter. En 2007, la thymie était suffisamment stabilisée pour que je puisse tenter un arrêt de la médication, tout en poursuivant une psychothérapie de soutien. A cette thérapie de soutien s'ajoutait une tentative de traitement par hypnose pour aider à la patiente à gérer les douleurs chroniques survenues depuis ledit accident. Mais, en 2008 la dépression de Mme Z._____ va connaître une importante recrudescence nécessitant la reprise d'un traitement médicamenteux. Ce traitement n'aura qu'une efficacité mitigée, la patiente l'interrompant en 2009 dans un mouvement dépressif extrêmement important qui va la conduire à vivre quasiment recluse chez elle, stores baissés, n'ayant de contacts qu'une fois par semaine avec sa fille pendant près d'une année et ce malgré les tentatives de reprise de contact de ma part auxquelles elle ne pouvait pas répondre, tant elle était paralysée par la dépression. C'est au moment où elle parvient plus que difficilement à lutter contre les idées suicidaires qu'elle a trouvé la force de reprendre contact à ma consultation, en 2010, et nous sommes en train actuellement de reprendre l'ensemble du traitement, tant médicamenteux que psychothérapeutique. Je tiens par cet historique, à souligner que l'état dépressif pour lequel Mme Z._____ m'avait contactée pour la 1^{ère} fois en 2003, était bel et bien stabilisé en 2004, au moment de l'accident. C'est après cet accident qu'elle a gravissimement rechuté et que, depuis toutes ces années elle n'a jamais pu retrouver la stabilité thymique qu'elle

avait connue en 2004, avant l'accident. Il est évident que les très importantes séquelles physiques dont elle souffre, les douleurs chroniques qu'elle présente, sont en lien direct avec l'aggravation de son état psychique et la perdurance de l'état dépressif depuis lors."

Au terme de sa réplique, la recourante requiert que les Drs W._____ et B._____ soient interpellés afin qu'ils se prononcent sur ses déclarations relatives aux suites de l'expertise du Dr N._____.

Le 17 janvier 2011, la recourante a produit différents documents, dont un courrier de la Dresse X._____ du 15 décembre 2010, aux termes duquel la situation n'a que peu évolué au cours des deux dernières années, de sorte qu'il est peu envisageable d'attendre une amélioration pour le futur; le handicap de la recourante doit être pris en compte sur le long terme. Elle rappelle que la recourante présente des troubles visuels handicapants pour la lecture, pour l'attention et pour le déplacement ainsi qu'un ocular tilt reaction partiel gauche et des vertiges visuels associés considérées comme des séquelles neuro-ophtalmologiques du traumatisme de 2004 selon les Drs M._____ et O._____.

Par duplique du 19 janvier 2011, l'OAI a produit un avis SMR du 11 janvier 2011, signé par le Dr Q._____ et co-signé par le Dr C._____, dont la teneur est la suivante:

"En annexe à sa réplique du 29.11.2010, Me Seidler joint les documents suivants:

- Courrier du Dr K._____ à Indemnis du 21.10.2010: en préambule, le Dr K._____ rappelle qu'il n'est le médecin traitant de l'assurée que depuis novembre 2008, et qu'il pourrait de ce fait avoir des difficultés à établir des liens de causalité entre l'accident de 2004 et l'état actuel.

Il dresse ensuite une liste des diagnostics déjà connus puis (page 2), émet l'avis qu'il existe un lien de causalité entre l'accident de 2004 et l'état actuel de l'assurée. Ceci n'est pas relevant pour l'Assurance Invalidité.

Le Dr K._____ poursuit en exposant l'hypothèse diagnostique du Prof. D._____ et sa discussion par le Dr H._____, qui la rejette en fin de compte. Il expose que Mme Z._____ est à nouveau suivie par la Dresse G._____.

Il opine que l'atteinte dépressive est prépondérante, et que les assurances joueraient "un rôle destructeur" en niant les conséquences de l'accident.

Il termine en attestant une incapacité de travail de 100% sans avancer aucun argument objectif.

Ce document contient essentiellement des considérations diagnostiques et sur le lien de causalité non pertinentes en ce qui concerne l'Assurance Invalidité qui ne tient compte que des limitations fonctionnelles objectives. L'incapacité de travail attestée n'est pas argumentée.

- Courrier du Dr H. _____ au Dr K. _____ du 27.1.2010: le Dr H. _____ discute l'hypothèse diagnostique d'une hypotension intracrânienne émise par le Prof. D. _____, qu'il réfute finalement.

Ce document n'est pas relevant du point de vue de l'AI.

- Courrier de la Dresse G. _____ à Indemnis du 7.10.2010: la Dresse G. _____ expose que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent depuis 2001, avec un épisode actuel sévère depuis 2008. Ici encore, c'est le lien de causalité qui semble intéresser Me Seidler.

Ce document n'aborde pas les limitations fonctionnelles objectives et leur répercussion sur la capacité de travail. Nous n'avons pas de document de la Dresse G. _____ postérieur à son courrier du 31.3.2008, dans lequel elle annonçait une stabilisation de la thymie permettant un arrêt de la médication en juillet 2007. Si l'épisode dépressif actuel est qualifié de sévère, cela signifie que l'état de santé de l'assurée s'est péjoré après le 31.3.2008. Il est curieux que ni l'assurée, ni Me Seidler, ni ses médecins n'aient songé à nous faire part de cette évolution avant le présent recours. En tout état de cause, il persiste un doute sur l'atteinte psychiatrique, qui devrait être investiguée.

- CD-Rom du CHUV: contient une IRM cérébrale sans signification assécurologique.

En réponse à la question du mandat, il semble que nous ne pouvons pas maintenir une pleine exigibilité sans investiguer la péjoration de l'état de santé psychique en 2008 alléguée pour la première fois par la Dresse G. _____."

Dans des déterminations complémentaires du 1^{er} mars 2011, l'OAI indique avoir soumis au SMR les dernières pièces médicales produites céans par la recourante. Selon ce service, l'atteinte visuelle mentionnée par la Dresse X. _____ a déjà été retenue par le Dr M. _____ en 2005 et aucun changement n'est apparu depuis lors (avis du 17 février 2011).

Par écriture du 13 avril 2011, la recourante s'étonne de l'avis SMR du 11 janvier 2011, dans la mesure où les Drs Q._____ et C._____, n'étant pas spécialistes en psychiatrie, n'ont selon elle pas les qualités requises pour juger de l'avis de la Dresse G._____. Elle ajoute ne pas avoir d'objection à se soumettre à des investigations complémentaires relatives à son atteinte psychiatrique. Elle produit un courrier du 23 mars 2011 de la Dresse G._____, laquelle atteste que l'état de santé est demeuré identique à celui décrit en octobre 2010, et qu'elle est contrainte à des médications toujours plus lourdes puisque la pathologie est extrêmement résistante au traitement. La recourante réitère finalement ses requêtes d'instruction complémentaire.

Le juge instructeur a tenu audience le 25 avril 2012. Z._____ a été entendue, déclarant notamment que tout ce qui est en mouvement lui occasionne des nausées, des vomissements et des éructations, qu'elle vit les stores baissés et n'a plus de vie sociale. Elle a indiqué ne plus consulter la Dresse G._____ car elle ne supportait plus les trajets dans les transports en commun (jusqu'à [...]) mais être suivie par le Dr K._____ à raison d'une fois par mois, voire tous les deux mois. La recourante a fait savoir qu'elle renonçait à sa requête de mise en œuvre d'une expertise neuro-ophtalmologique.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le

recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), il y a lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 31 mars 2006, singulièrement sur le point de savoir si le dossier médical permettait à l'intimé de nier le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2007.

3. a) Le droit à une rente (art. 28 LAI) suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique (art. 6 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 sv.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas

modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même.

b) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2b et les arrêts cités; TF 9C_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, notamment, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]).

4. La recourante conteste disposer d'une pleine capacité de travail, tant dans une activité adaptée que dans son activité habituelle, depuis le 1^{er} août 2007, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans la décision litigieuse. Elle soutient que les séquelles neuro-ophtalmologiques de l'accident de 2004, auxquelles s'ajoute la perdurance d'un état dépressif, l'empêchent de reprendre une quelconque activité professionnelle. Se référant aux rapports médicaux figurant au dossier qu'il a constitué, l'intimé conteste que les suites de l'accident aient perduré au-delà du mois de juillet 2007.

a) Au terme de son rapport d'expertise neurologique du 23 mai 2006, le Dr T._____ considère que s'agissant des suites objectives de l'accident du 5 novembre 2004, il n'y a aucune raison d'envisager une invalidité; aucune des constatations objectives n'étaient pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident et le statu

quo ante était rétabli depuis l'été 2005 au plus tard. Selon lui, l'accident, qui a occasionné un traumatisme cranio-cervical par décélération, a été banal et ses suites ont été réaménagées au fur et à mesure des circonstances par des impulsions liées à la personnalité de la recourante et probablement à l'aspect psychiatrique du problème. Il reprend le diagnostic de diplopie verticale posé par la Dresse X._____ en raison de troubles visuels, de vertiges persistants et de fatigue à la lecture ou devant la télévision, et reconnaît que la recourante souffre d'un problème neuro-ophtalmologique, sans toutefois qu'il soit en lien de causalité avec l'accident.

En octobre 2008, la recourante se soumet à un examen clinique orthopédique au SMR, tendant à préciser les éventuelles limitations fonctionnelles qu'auraient engendrées l'opération du pied droit en août 2005, compliquée d'une maladie de Südeck, et la présence de lombosciatalgies bilatérales dans le contexte d'une hernie discale L5-S1 en 2007. Le Dr N._____ pose les diagnostics affectant la capacité de travail de cervicalgies chroniques sans substrat radiologique et de diplopie verticale avec syndrome vertigineux persistant. Les douleurs lombaires ont pratiquement disparus et l'opération au pied droit n'a pas laissé de séquelles influençant la capacité de travail. Le Dr N._____ estime sur le plan somatique que la capacité de travail de la recourante dans la profession habituelle est de 100% depuis janvier 2006, précisant qu'une reprise de l'activité, à la suite de l'accident de 2004, était envisageable depuis l'été 2005 mais que l'intervention au pied droit à cette période avait prolongé de 4 mois l'incapacité de travail. Il décrit l'activité adaptée comme sédentaire ou semi-sédentaire, sans port de charges ni travaux penchés en avant ou en porte-à-faux, avec possibilité de changer de position librement et d'effectuer de courts déplacements à plat.

b) À la lecture du rapport d'expertise du 23 mai 2006, il appert que le Dr T._____ se prononce essentiellement sur les séquelles de l'accident du 5 novembre 2004. S'il examine chaque atteinte à la santé de la recourante, recueillant l'avis du médecin traitant (Dr F._____), de la psychiatre (Dresse G._____) et des ophtalmologues (Dr M._____ et

Dresse X. _____), il conclut que le problème psychiatrique est étranger à l'accident et que le problème neuro-ophtalmologique n'est pas en lien de causalité avec cet événement. Il ne se prononce dès lors pas sur les limitations fonctionnelles que peuvent engendrer ces deux problèmes sur la capacité de travail de la recourante, mais relève qu'il n'y a plus de limitation fonctionnelle liée à l'accident. Il sied de préciser que l'expertise du Dr T. _____ a été rédigée à l'intention de l'assureur responsabilité civile de l'auteur de l'accident du 5 novembre 2004; elle avait de ce fait pour finalité d'établir l'existence d'un lien de causalité entre des séquelles présentées par "la victime" et l'événement assuré, et non d'examiner les conséquences sur la capacité de travail de l'ensemble des atteintes à la santé dont souffre l'assurée.

Le Dr N. _____ s'est quant à lui prononcé sur les atteintes à la santé sur le plan orthopédique, sans examiner l'aspect psychiatrique ni les vertiges. A cet égard, dans un avis du 9 juin 2010, le SMR relève que l'examen clinique était délibérément focalisé sur cette question, dans la mesure où le Dr N. _____, en qualité de spécialiste en chirurgie orthopédique, était invité à se prononcer sur la capacité de travail de la recourante du strict point de vue orthopédique; il était dès lors vain de lui reprocher de ne pas avoir tenu compte des vertiges et de la diplopie qui sortaient de son domaine de compétence.

En outre, l'appréciation du Dr V. _____ en mai 2006 se rapprochait de celle du Dr T. _____. Selon le Dr V. _____, sur le plan orthopédique, la recourante disposait d'une capacité de travail totale dans une activité sédentaire; elle présentait cependant une totale incapacité de travail depuis l'accident dans la mesure où son état de santé global était moins bon que l'état de son pied droit (rapport médical du 4 mai 2006). Cette appréciation rejoint également l'avis SMR du 3 juillet 2007, aux termes duquel s'il n'y avait plus de limitation fonctionnelle liée à l'accident, il n'en demeurerait pas moins une diplopie pouvant constituer une gêne dans certaines activités et un trouble psychiatrique (état anxio-dépressif grave) à investiguer.

c) À la lecture des pièces figurant au dossier, il appert que la recourante présente des atteintes à la santé somatiques et psychiques liées entre elles.

En octobre 2006, le Dr O._____ décrivait une situation particulière chez une patiente présentant une intrication de problèmes neurologiques et probablement psychiques dans un contexte prémorbide prédisposant (rapport du 30 octobre 2006). Quatre ans plus tard, le Dr K._____ attestait d'une incapacité de travail totale pour des motifs physiques et psychologiques. Il exposait qu'en dehors des troubles neurologiques mis en évidence par le Dr O._____ et dont il ne fallait attendre aucune évolution favorable, l'état de santé de l'assurée était affecté par des aspects psychologiques, dont la récurrence d'épisodes dépressifs sévères (rapport du 21 octobre 2010).

aa) En novembre 2006, la Dresse G._____ exposait que l'accident de 2004 avait provoqué une résurgence anxieuse et une recrudescence de la symptomatologie dépressive, auxquelles s'étaient ajoutés des problèmes physiques sous forme de troubles de la mémoire, de vertiges, de troubles de l'équilibre et d'importants troubles visuels (rapport du 8 novembre 2006). En novembre 2007, elle posait les diagnostics de séquelles somatiques d'un accident de la voie publique, d'hernie discale, de fibromyalgie en poussées et d'état anxio-dépressif majeur de novembre 2004 à juillet 2007. Elle mentionnait que l'accident de 2004 avait eu de nombreuses conséquences tant sur le plan physique que psychologique, la recourante ayant fait une rechute de son état dépressif avec des aspects très régressifs, des attaques de panique et la réapparition d'idées noires. Selon elle, la thymie était stabilisée mais le pronostic global dépendait de l'évolution de la problématique somatique. En outre, si l'évolution sur le plan psychiatrique avait été favorable, l'assurée demeurait fragile car les douleurs et séquelles physiques étaient toujours présentes. A cet égard, elle énumérait notamment les douleurs chroniques sous forme de céphalées et cervicalgies, ainsi que la diplopie verticale et les vertiges visuels s'accompagnant de nausées, en particulier

lorsque l'assurée était entourée d'objets en mouvement (rapport du 9 novembre 2007).

Si la Dresse G. _____ retient le diagnostic d'état anxio-dépressif majeur jusqu'en juillet 2007, date retenue par l'intimé pour mettre fin aux prestations (décision du 25 janvier 2010), il n'en demeure pas moins que selon elle, l'assurée restait fragile en raison des douleurs et séquelles physiques toujours présentes. Il apparaît finalement que depuis 2004, l'assurée n'a jamais pu retrouver la stabilité thymique qu'elle avait connue avant l'accident. La Dresse G. _____ expose que l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent depuis 2001, avec un épisode actuel plus sévère depuis 2008 et mentionne que les importantes séquelles physiques sont en lien direct avec l'aggravation de l'état psychique et la perduration de l'état dépressif depuis l'accident (rapport du 7 octobre 2010).

Du moment que la Dresse G. _____ atteste d'une incapacité de travail totale dans toute activité, décrivant par exemple que la recourante ne peut pas sortir de chez elle, il paraît incohérent de lui reprocher de ne pas indiquer les limitations fonctionnelles et leurs répercussions sur la capacité de travail, comme le fait le SMR dans son avis du 11 janvier 2011. Au demeurant, le SMR s'est fondé sur le rapport de la Dresse G. _____ du 9 novembre 2007 pour admettre une incapacité de travail totale de près de trois ans (avis du 28 novembre 2008), alors qu'il met en doute le contenu du rapport du 7 octobre 2010 à peine moins étoffé, la différence résidant en grande partie dans le fait que le second rapport ne contient pas d'anamnèse ou que celle-ci est réduite. Cette différence d'appréciation par un médecin qui n'est pas psychiatre est curieuse et on peine à comprendre pour quelles raisons la Dresse G. _____ aurait perdu de sa crédibilité. On constate ainsi que s'il y a certes eu une amélioration de l'état de santé de la recourante, cette amélioration n'a duré que quelques mois, ce qui, sous l'angle de la révision, paraît insuffisant pour la qualifier de modification notable (cf. art. 17 al. 1 LPGA).

bb) Le SMR a reconnu que la diplopie, diagnostic retenu par l'ensemble des médecins interrogés et considéré comme affectant la capacité de travail, pouvait constituer une gêne dans certaines activités, comme la lecture et la conduite automobile (avis du 3 juillet 2007).

En mars 2007, le Dr M. _____ diagnostiquait une diplopie verticale, qui ne permettait de lire que 20 à 30 minutes, et des vertiges visuels, dans la mesure où l'assurée était perturbée par les mouvements autour d'elle, comme les transports publics et la foule dans un grand magasin (rapport du 20 mars 2007). En décembre 2007, il est relevé le succès partiel de la physiothérapie dans la mesure où la recourante, se sentant plus stable et plus à l'aise à l'extérieur, pouvait travailler 30 minutes à l'ordinateur plusieurs fois par jour alors que la lecture, la conduite et l'utilisation des transports publics demeuraient très problématiques (compte-rendu du 12 décembre 2007). Le Dr P. _____ relevait en août 2008 que le traitement de physiothérapie vestibulaire avait apporté un bénéfice sur la gestion de l'équilibre mais n'avait eu aucune influence sur la symptomatologie visuelle (rapport du 15 août 2008). Une année plus tard, le Dr P. _____ posait le diagnostic de diplopie verticale post-traumatique avec vertiges visuels, mentionnant une vision double, des vertiges et des troubles de l'équilibre lorsque l'environnement bouge. Selon lui, l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle mais une activité sédentaire, ne stimulant pas la vision, pouvait éventuellement être envisagée (rapport du 14 août 2009).

On ne saurait dès lors considérer, à l'instar de l'intimé et particulièrement du SMR (avis du 23 septembre 2009), à la seule lecture du rapport du Dr P. _____, que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée ne stimulant pas la vision, voire dans son activité antérieure d'assistante sociale. Le Dr P. _____ mentionne que l'on peut éventuellement s'attendre à la reprise d'une activité professionnelle - sédentaire et ne stimulant pas la vision - et ne se prononce pas sur le taux envisageable. De surcroît, la Dresse X. _____ constatait, en décembre 2010, l'absence d'évolution au cours des deux dernières années, mentionnant qu'il était peu envisageable d'attendre une

amélioration pour le futur. Elle rappelait la présence de vertiges visuels et de troubles visuels handicapant pour la lecture, l'attention et les déplacements (courrier du 15 décembre 2010).

d) A l'aune de ce qui précède, il appert que les documents médicaux figurant au dossier n'attestent pas d'un changement de circonstances qui consacrerait une modification de l'état de santé de la recourante dans le sens d'une amélioration. Il ne se justifiait dès lors pas de reconnaître à la recourante une capacité de travail entière dès le 1^{er} août 2007 et, corollairement, de mettre fin au versement de la rente d'invalidité trois mois plus tard. Il s'ensuit que pour ce premier moyen, le recours doit être admis.

5. Cela étant, il convient encore de relever qu'au moment de la décision querellée, soit le 25 janvier 2010, la recourante était à six mois de l'âge de la retraite.

a) D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de cette assurance, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références citées). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives

doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (TFA I 750/04 du 5 avril 2006, consid. 5.3; I 11/00 du 22 août 2001, consid. 5a/bb).

Pour évaluer l'invalidité, 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, 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'oeuvre (TFA I 198/97 du 7 juillet 1998, consid. 3b et les références citées, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C_713/2009 du 22 juillet 2010, consid. 3.2; 8C_22/2009 du 22 décembre 2009, consid. 3.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2 et les références citées; 9C_313/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas, en règle générale, des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (TFA I 377/98 du 28 juillet 1999, consid. 1 et les références citées, in VSI 1999 p. 246). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager

l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009, consid. 4.2; TFA I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2 et les références citées).

Selon la jurisprudence récente du Tribunal fédéral (TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011, consid. 6.2; 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2, et, implicitement, 9C_835/2009 du 27 mai 2010, consid. 4.2), il apparaît que le moment déterminant pour procéder à l'évaluation de l'invalidité d'un assuré proche de l'âge de la retraite n'a pas encore été fixé (moment de la naissance éventuelle du droit à la rente ou moment de la décision litigieuse). Cependant, le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (TF 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Ce dernier arrêt concernant un homme, on peut supposer que ce seuil devrait être légèrement plus bas s'agissant d'une femme.

b) Dans le cas particulier, la recourante était à six mois de ses 64 ans lorsque la décision litigieuse a été rendue (25 janvier 2010). Elle était en outre âgée de 62 ans et 9 mois lorsque le projet de décision lui a été communiqué (20 mars 2009). C'est à ce moment que l'OAI l'a informée de son droit à percevoir une rente entière d'invalidité pendant deux ans (du 1^{er} novembre 2005 au 31 octobre 2007) et de son obligation de reprendre une activité professionnelle à compter du 1^{er} novembre 2007. Au moment où son droit à une rente complète s'est éteint, la recourante était ainsi âgée de plus de 61 ans. Ainsi, dans toutes les hypothèses, il y a lieu de constater que la recourante se trouvait dans la tranche d'âge qualifié d'avancé par le Tribunal fédéral.

Certes, le SMR retient une capacité de travail entière dans l'activité habituelle. Mais il y a lieu de se demander sérieusement si la recourante était susceptible de retrouver un emploi sur un marché du travail équilibré après une interruption de près de trois ans, reconnue par l'intimé en raison de l'octroi de la rente entière. De surcroît, on constate qu'elle n'a plus travaillé depuis octobre 2001, hormis trois mois en 2004. La recourante n'a au demeurant été informée de son obligation de reprendre une activité lucrative qu'à l'âge de 63 ans et demi. Par ailleurs, l'activité considérée comme adaptée devait être sédentaire et ne pas stimuler la vision, étant relevé que la lecture était très problématique.

En conséquence, force est de constater que, compte tenu de sa situation personnelle et professionnelle, et au regard de la jurisprudence concernant les assurés proches de l'âge de la retraite, la recourante n'était plus en mesure, tant en se plaçant à la date de l'envoi du projet de décision (20 mars 2009), qu'à la date de la décision en cause (25 janvier 2010), de retrouver un emploi adapté à ses atteintes à la santé sur un marché du travail équilibré.

Au vu de ce qui précède, et pour ce second motif, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité étant maintenu au-delà du 31 octobre 2007.

6. Vu le sort des conclusions, la recourante peut prétendre à des dépens (art. 55 LPA-VD [loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36], art. 61 let. g LPGA), qu'il convient de fixer à 3000 francs.

Les frais de procédures, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'intimé, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI (cf. arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 23 avril 2012: AI 230/11 - 144/2012).

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision rendue le 25 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que le droit à la rente entière est reconnu à Z. _____ au-delà du 31 octobre 2007.

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

- IV. Une indemnité de 3000 fr. (trois mille francs), à verser à la recourante à titre de dépens, est mise à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour Z. _____)
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud
- Office fédéral des assurances sociales

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :