

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 septembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
MM. Neu et Métral, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

B._____, à G._____, recourante, représentée par Me Jean-Marc Courvoisier, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7 al. 1 et 8 al. 1 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** B._____, née en 1974, travaillait dans le département marketing de l'entreprise F._____. Sàrl à M._____. Son salaire annuel s'élevait en 2004 à 116'160 fr.

Le 18 août 2004, B._____ a été victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'elle roulait de G._____ en direction de M._____, une automobiliste venant en sens inverse s'est déportée dans une courbe, a franchi la double ligne de sécurité et l'a percutée frontalement. Inconsciente à la suite du choc, elle a dû être extraite de son véhicule par les ambulanciers. Après des premiers soins sur place, elle a été hélicoptérée à l'Hôpital X._____, où ont été diagnostiqués un pneumothorax gauche, une contusion pulmonaire gauche avec atéléctasie lobaire inférieure gauche, une luxation postérieure du coude droit, une fracture des os propres du nez, une entorse du lisfranc gauche avec fracture du 2^{ème} métatarsien gauche, une démarbraison de la face antérieure du thorax et des deux crêtes iliaques et un traumatisme crânio-cérébral simple.

B._____ a été hospitalisée au service de chirurgie thoracique et vasculaire de l'Hôpital X._____ jusqu'au 1^{er} septembre 2004, avant d'être transférée à la Clinique P._____ pour un séjour de rééducation orthopédique et neurologique. A sa sortie le 29 octobre 2004, elle présentait des séquelles neurologiques concernant la mémoire sémantique, de discrets troubles phasiques (manque du mot) et des troubles frontaux (difficultés d'organisation). Ces troubles corroboraient une IRM pratiquée le même jour à l'Hôpital X._____ qui avait mis en évidence des lésions bilatérales de la substance blanche frontale et des signes de contusion des pôles temporaux (un peu plus marqué à droite).

B._____ a fait l'objet de bilans neuropsychologiques au mois de novembre 2004 et de juin 2005, lesquels ont mis en évidence une aggravation importante du tableau clinique avec un ralentissement plus

important, des troubles mnésiques antérogrades et du langage plus sévères (rapports des 3 décembre 2004 et 19 juillet 2005).

Elle a également indiqué souffrir depuis l'automne 2004 de malaises décrits comme des syncopes qui pouvaient se répéter jusqu'à huit fois par jour (rapports des docteurs J. _____ du 30 juillet 2005 et T. _____ du 16 septembre 2005).

B. _____ a été adressée au service de neurologie de l'Hôpital X. _____, où le docteur K. _____ a requalifié le traumatisme crânio-cérébral léger en traumatisme crânio-cérébral sévère (rapport du 30 septembre 2005). Sur proposition de ce médecin, elle a séjourné du 1^{er} novembre au 6 décembre 2005 à la Clinique A. _____ de Q. _____. Dans le rapport de sortie établi le 30 décembre 2005, la Clinique A. _____ a indiqué que les observations effectuées avaient permis de confirmer l'atteinte cognitive sévère, notamment dans la sphère du langage, tout en précisant avoir également observé une discordance importante entre les mesures en situation de test et l'évaluation écologique. L'évaluation psychiatrique a conduit à poser le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réactions anxieuses et dépressives. Le personnel médical de la Clinique A. _____ a également observé une syncope accompagnée d'une chute et évoqué l'hypothèse d'une origine psychogène. En tout état de cause, la persistance des troubles neuropsychologiques empêchaient définitivement la reprise de l'ancienne activité professionnelle.

Un bilan effectué au service de cardiologie de l'Hôpital X. _____ afin de déterminer l'origine des syncopes a permis d'exclure une cause comitiale, une cause hypotensive, une cause rythmique ainsi qu'une cardiopathie sous-jacente. La seule cause restante, qui ne pouvait être vérifiée et qui représentait donc un diagnostic d'exclusion, était une conversion hystérique. Au vu du contexte psychosocial difficile de l'intéressée, un suivi psychothérapeutique était considéré comme indiqué (rapport du 23 décembre 2005).

Compte tenu de la persistance des symptômes, le docteur U._____, médecin auprès de la Clinique A._____, a estimé que B._____ ne disposait plus de capacité de travail dans son activité antérieure, tout en estimant qu'un nouveau projet professionnel était parfaitement envisageable (rapports des 1^{er} mai et 23 octobre 2006).

L'entreprise F._____ Sàrl a mis fin aux rapports de travail avec B._____ avec effet au 31 décembre 2006.

b) Estimant que les plaintes émises par B._____ au sujet des lésions subies étaient sans rapport avec la gravité de ces dernières, la Compagnie d'Assurances D._____ SA, assureur responsabilité civile du détenteur du véhicule responsable de l'accident, a mandaté une entreprise de surveillance afin de compléter son dossier avec des constatations in vivo, de mettre en parallèle l'aspect clinique des lésions avec les activités de tous les jours et, ainsi, d'objectiver les différentes plaintes.

L'assurée a été observée du 7 juin au 25 août 2006. Du rapport établi le 27 août 2006, il ressortait qu'elle travaillait tous les jours au Café S._____ de 15h00 ou 18h00 jusqu'à 2h00, voire 4h00 du matin. Elle y faisait preuve d'une souplesse normale et d'une forme physique manifestement très bonne au vu des heures de travail qu'elle effectuait de jour comme de nuit. Elle sortait seule ou avec son ami; elle marchait normalement et pouvait même courir avec des chaussures à talon; elle pouvait se baisser en basculant le buste en avant jusqu'au sol. Elle était en mesure de porter un ou deux sacs relativement volumineux, du bras droit ou gauche, sans difficulté apparente. Elle portait un plateau de service comprenant plusieurs boissons, bouteilles ou cocktails, indifféremment de la main droite ou gauche et servait de l'autre sans difficulté ou douleur apparentes. Elle pouvait lever sans aucun problème les deux bras au-dessus de sa tête, que ce soit pour mettre un châle sur ses épaules, remonter la bretelle de son sac ou remettre ses cheveux en place ou les faire tenir avec une barrette.

Des surveillances complémentaires ont été effectuées du 19 au 21 septembre 2006 et les 5, 6 et 10 octobre 2006.

Le 9 février 2007, la Compagnie d'Assurances D._____ SA et Y._____ Assurances SA (anciennement : [...] et [...]), assureur-accidents de l'assurée, ont déposé auprès du Juge d'instruction de l'arrondissement de [...] une dénonciation pénale à l'encontre de B._____ pour escroquerie et faux dans les titres.

Le 21 mars 2007, l'assurée a été entendue dans les locaux de la police de sûreté. Elle a expliqué n'avoir pas travaillé au Café S._____, mais avoir simplement donné des coups de mains à son ami qui y travaillait comme extra, par exemple pour accueillir les clients ou mettre en place un set de table. Elle prêtait aussi son concours à titre d'interprète lorsque des clients italiens étaient là. Elle n'avait jamais été payée pour ces services et n'avait pas d'horaires fixes, se rendant au bar lorsqu'elle avait envie de voir du monde. Après avoir été informée qu'elle avait été observée par un détective privé, elle a admis avoir été plus active que précédemment reconnu, mais toujours sans être salariée et essentiellement pour seconder son ami, sans horaires prédéfinis.

Par jugement du 4 mars 2010, le Tribunal de police de l'arrondissement de [...] a libéré B._____ de tous les chefs d'accusation pour lesquels elle avait été déférée.

c) Compte tenu des discordances sur le plan médical et des constatations faites sur le terrain, Y._____ Assurances SA a, par décision du 12 février 2008, mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 31 décembre 2006. B._____ a formé opposition contre cette décision.

Dans le cadre de la procédure civile dirigée principalement contre la Compagnie d'Assurances D._____ SA, la Justice de Paix du district de [...] a confié la réalisation d'une expertise au service de neurologie de l'Hôpital X._____. Dans leur rapport du 8 janvier 2009, les

docteurs R._____ et L._____ ont posé le diagnostic de trouble dissociatif avec crises non-épileptiques psychogènes et multiples plaintes somatoformes qui aggravaient de façon importante une probable atteinte neuropsychologique sous-jacente séquellaire. La situation, dans sa globalité, était clairement invalidante et nécessitait une prise en charge multidisciplinaire harmonieuse et conséquente de la part de psychiatres, neurologues et neuropsychologues.

Pour sa part, Y._____ Assurances SA a confié la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire au Bureau Romand d'Expertises C._____ de G._____. Dans leur rapport du 23 mars 2009, les docteurs E._____, spécialiste en neurologie, V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, H._____, spécialiste en orthopédie, et I._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, ont indiqué qu'ils étaient confrontés, aussi bien sur le plan neurologique, neuropsychologique que psychiatrique, à des plaintes mal systématisées, à une anamnèse différente et à de nombreuses discordances et amplifications; sans nier l'existence de très discrets troubles neuropsychologiques qu'il était difficile d'individualiser compte tenu du contexte de majoration, les plaintes ne correspondaient pas à des critères diagnostics reconnus par la nomenclature médicale. La capacité de travail était par conséquent entière sans diminution de rendement et sans restriction d'emploi.

Après avoir pris connaissance de l'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____, les docteurs R._____ et L._____ ont, le 5 juin 2009, complété leur expertise et précisé que le traumatisme crânio-cérébral sévère que l'assurée avait subi lors de son accident avait vraisemblablement participé aux troubles neuropsychologiques, cognitifs et du comportement initiaux; le tableau actuel dépassait néanmoins ces troubles et son rapport avec l'accident ne paraissait que possible. En effet, le développement de troubles fonctionnels était de manière générale très variable après une atteinte organique et ne représentait pas la règle. L'entité de l'atteinte organique ne permettait pas de prédire le risque d'une évolution caractérisée par une surcharge fonctionnelle.

Par décision du 5 octobre 2010, Y. _____ Assurances SA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 12 février 2008. Dans la mesure où l'expertise du Bureau Romand d'Expertises C. _____ avait pleine valeur probante et les vidéos/photos collectées démontraient catégoriquement que l'assurée ne souffrait aucunement dans ses activités de tous les jours, c'est à bon droit que la prise en charge de la perte de gain avait été refusée au-delà du 31 décembre 2006.

L'assurée a formé recours contre cette décision devant la Cour de céans. Ce recours est traité dans la procédure parallèle AA 98/10.

B. Le 26 juillet 2005, B. _____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'office AI).

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, celui-ci a recueilli des renseignements médicaux auprès des différents médecins traitants de l'assurée (rapports du docteur J. _____ des 31 août 2005 et 13 décembre 2007 et du service d'orthopédie et de traumatologie de l'Hôpital X. _____ du 22 novembre 2005) et fait verser à la cause le dossier constitué par Y. _____ Assurances SA.

Dans l'intervalle, l'assurée a également déposé le 6 janvier 2006 une demande d'allocation pour impotent.

Considérant que l'assurée avait disposé d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles à compter du mois de janvier 2006, puis d'une pleine capacité dans son activité habituelle à compter du 2 septembre 2008, date à laquelle l'expertise du Bureau Romand d'Expertises C. _____ avait été réalisée, l'office AI a, par décision du 19 mars 2012, alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité pour la période courant du 1^{er} août 2005 au 31 décembre 2008. De même, l'office AI a, par projet de décision du 17 juin 2011, refusé d'allouer à l'assurée une allocation pour impotent.

C. **a)** Par acte du 2 mai 2012, B._____ a déféré la décision rendue le 19 mars 2012 par l'office AI à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud, en prenant, sous suite de frais et dépens, les conclusions suivantes :

- I. La décision du 19 mars 2012 est réformée en ce sens qu'une rente entière AI est allouée à la recourante à compter de mai 2005, pour une durée indéterminée.

Subsidiairement:

- II. La décision rendue le 19 mars 2012 par l'Office AI du canton de Vaud à Vevey est annulée et le dossier transmis à l'autorité compétente pour nouvelle décision.

Elle reprochait à l'office AI d'avoir retenu, sur la base de l'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____, qu'elle avait subi un traumatisme crânio-cérébral simple. Si à l'origine tel semblait être le cas, la Faculté s'était vite rendu compte que l'on se trouvait en présence d'un traumatisme crânio-cérébral sévère. Cette question n'a plus jamais été remise en cause par la suite. L'analyse du Bureau Romand d'Expertises C._____ était fondée sur un dossier incomplet: il ne comportait pas les premières IRM présentant des anomalies du cerveau. Il était incompréhensible que le Bureau Romand d'Expertises C._____ ne les ait pas demandées. Les experts du Bureau Romand d'Expertises C._____ étaient par ailleurs partis de l'hypothèse que le comportement de l'assurée était pénalement répréhensible, si bien qu'ils avaient été influencés et n'avaient pu se faire une idée objective de la situation. L'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____ était par conséquent partielle, car fondée sur des a priori sans fondement (eu égard à son acquittement). L'assurée estimait qu'il y avait lieu de se fonder sur le rapport établi le 8 janvier 2009 par les docteurs R._____ et L._____. A titre de mesure d'instruction, elle renvoyait à l'expertise qui devait être prochainement mise en œuvre dans le cadre de la procédure civile connexe.

b) Dans sa réponse du 5 juin 2012, l'office AI a conclu au rejet du recours. Se référant aux constatations faites par l'enquêteur, à

l'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____ et à l'avis de son Service médical régional (ci-après : le SMR) du 25 août 2010, il a estimé qu'il n'y avait pas lieu de remettre en question la valeur probante du rapport d'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____.

c) Dans sa réplique du 9 janvier 2013, B._____ a maintenu les conclusions de son recours du 2 mai 2012, cherchant à mettre en évidence certaines faiblesses du rapport d'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____. Elle a également versé au dossier différents témoignages recueillis dans le cadre de la procédure civile connexe, attestant de son incapacité totale de travailler et contredisant ainsi les conclusions du Bureau Romand d'Expertises C._____.

d) Par ordonnance du 4 février 2013, la cause a été suspendue dans l'attente de l'expertise à rendre dans la procédure civile connexe.

e) Une copie de l'expertise du 9 décembre 2014 réalisée par l'Hôpital Universitaire Z._____ ainsi que sa traduction ont été adressées le 2 juin 2015 à la Cour de céans. En substance, les experts ont retenu qu'en raison des séquelles de l'accident, la recourante présentait globalement, soit d'un point de vue neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, une limitation de sa capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle et de 50 % environ dans une activité de remplacement adaptée.

f) Dans ses déterminations du 22 juillet 2015, l'office AI a, sur la base d'un avis du SMR du 8 juillet 2015, conclu que l'existence d'une atteinte incapacitante au plan neurologique et neuropsychologique n'était pas établie. En revanche, il existait sous l'angle psychiatrique une psychopathologie provoquant des syncopes incompatibles avec l'exercice de l'ancienne activité professionnelle, notamment en raison des voyages fréquents et de la conduite d'un véhicule qu'elle impliquait. Dans une activité adaptée était évoquée une capacité de travail pouvant aller, en fonction de la fréquence des syncopes, de 40-50 % à une capacité entière. Compte tenu de la fourchette large donnée par les experts, il n'était pas

possible en l'état de trancher la question de la capacité de travail, respectivement de déterminer un éventuel préjudice économique et un éventuel droit à des mesures professionnelles. Soit était laissée à la Cour de céans de décider si elle entendait instruire elle-même cette question ou si elle estimait qu'un renvoi se justifiait à ce stade.

g) Dans ses déterminations du 24 septembre 2015, B. _____ a pris note que l'office AI reconnaissait que l'exercice de l'activité habituelle n'était plus exigible et qu'il n'était pas possible de conclure au bien-fondé de la décision querellée. Elle a estimé que le recours pouvait aboutir et la cause être renvoyée à l'office AI pour nouvel examen dans le sens des considérants.

E n d r o i t :

1. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la requérante à des prestations de l'assurance-invalidité pour la période postérieure au 31 décembre 2008.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de

l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) 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).

c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

4. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des

assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_190/2016 du 20 juin 2016 consid. 3).

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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

5. La recourante présente un tableau clinique composite d'affections à la fois somatiques, neuropsychologiques et psychiatriques :

a) Sur le plan somatique, la recourante a présenté ou présente des problèmes de l'appareil locomoteur (douleurs à la nuque, aux épaules et au dos), des céphalées, ainsi que diverses atteintes aux sens (ouïe, vue, odorat et goût ; cf. le rapport d'expertise de l'Hôpital Universitaire Z._____ du 9 décembre 2014, p. 25 ss).

aa) Selon les experts de l'Hôpital Universitaire Z._____, les problèmes de l'appareil locomoteur ont largement guéri du point de vue neurologique (examens rhumatologiques et neurologiques antérieurs à l'appui), au point qu'ils représentaient éventuellement encore une limitation pour des activités demandant de lourds efforts physiques, mais ne devaient plus interférer avec le fonctionnement quotidien normal (réponse à la question n° 378). A la lumière des observations du détective et du rapport d'expertise du Bureau Romand d'Expertises C._____, il convient d'admettre que la recourante ne subissait plus de gêne importante liée auxdites pathologies dès l'année 2006 déjà.

bb) S'agissant des céphalées, les experts de l'Hôpital Universitaire Z._____ ont considéré qu'aux céphalées post-traumatiques (attestées dans les rapports du 4 novembre 2004 de la Clinique P._____

et du 14 février 2005 du docteur W._____) s'étaient superposées au fil du temps, avec une vraisemblance prépondérante, des céphalées induites par les analgésiques pris par la recourante, lesquels dominaient désormais le tableau clinique.

cc) S'agissant pour finir des diverses atteintes aux sens (ouïe, vue, odorat et goût), il ressort du dossier que la recourante présente une perte de l'ouïe de 30 % du côté droit, une limitation monoculaire du champ visuel de l'œil gauche (rapport d'expertise de l'Hôpital Universitaire Z.____ du 9 décembre 2014, p. 30) ainsi qu'une perte de l'odorat et du goût (rapport d'expertise de l'Hôpital Universitaire Z.____ du 9 décembre 2014, p. 40).

b) La recourante présente également des troubles fonctionnels neuropsychologiques modérés sous forme de problèmes de mémoire, de concentration et des fonctions du langage (rapports de la Clinique P.____ des 3 décembre 2004 et 19 juillet 2005; de l'unité de neuropsychologie de la Clinique A.____ du 5 décembre 2005 ; de l'Hôpital Universitaire Z.____ du 9 décembre 2014, p. 36 ss).

c) Pour finir, la recourante présente des syncopes survenant régulièrement qui sont accompagnées d'expériences de dépersonnalisation et de déréalisation durant 30 minutes et qui ne s'expliquent pas par une affection de nature somatique (rapports du docteur T.____ du 16 septembre 2005; du docteur K.____ du 30 septembre 2005, des docteurs N.____ et O.____ du 23 décembre 2005, du docteur U.____ du 19 mai 2006). Malgré le fait que ce diagnostic ait été exclu par les experts du Bureau Romand d'Expertises C.____ (rapport du 23 mars 2009, p. 57 sv.), il convient de retenir, à la lumière des explications circonstanciées et convaincantes fournies par l'expertise de l'Hôpital Universitaire Z.____ (rapport du 9 décembre 2014, p. 31 sv.), que la recourante souffre d'un trouble dissociatif de conversion (voir également le rapport des docteurs R.____ et L.____ du 8 janvier 2009).

6. a) Au moment d'apprécier la capacité de travail, les experts de l'Hôpital Universitaire Z. _____ ont retenu les éléments suivants :

« Compte tenu de l'état du dossier, des constats objectivables et des résultats de l'observation, les examens d'expertise montrent que l'expertisée perçoit sa capacité de performance physique et intellectuelle avec une limitation nettement plus importante que ce à quoi l'on pourrait s'attendre compte tenu des constats objectifs. Il n'est pas possible, du point de vue de l'expertise neurologique, neuropsychologique ou psychiatrique, de répondre à la question de savoir si l'on peut en déduire de façon définitive que l'on ne peut accorder aucun crédit à toutes les indications de l'expertisée et, en particulier, que l'expertisée donne consciemment de fausses indications.

Avant l'accident, l'expertisée avait une activité qualifiée imposant de hautes exigences au niveau cognitif. En raison du mécanisme de l'accident et les lésions cérébrales structurales démontrées, il y a une vraisemblance prépondérante que les performances cognitives sont restées limitées et n'ont plus pu revenir au niveau antérieur à l'accident. Il faut en outre assumer que le psycho-syndrome organique consécutif au grave traumatisme crânio-cérébral a altéré encore davantage les performances cognitives. Sur la base des constats médicaux objectifs et des résultats de l'observation, il faut toutefois relever que l'expertisée serait en mesure d'exercer une activité de remplacement, du moins partiellement, dans une activité adaptée comportant de légers efforts physiques et des exigences légères à modérées en termes cognitifs. D'un point de vue clinique-neurologique, au vu des douleurs mentionnées à la nuque, l'expertisée ne peut pas exercer des activités impliquant de gros efforts physiques. Elle n'est pas non plus en mesure d'exercer des activités qui nécessitent un odorat et un goût intacts. D'un point de vue neuropsychologique, l'expertisée ne peut pas exercer des activités qui imposent des exigences élevées aux fonctions de concentration, de langage et de mémoire.

D'un point de vue psychiatrique, en raison du handicap léger à modéré, dû à la psychopathologie actuelle, dans les domaines de la capacité d'adaptation à des règles et à des routines et de la planification et de la structuration de tâches, du handicap sévère dans la capacité de contact avec des tiers et de la capacité d'interagir en groupe et du handicap modéré à sévère dans la capacité d'affronter la circulation, la capacité de travail est limitée entre 50 et 100 %. Ainsi, par exemple, une activité professionnelle exigeant de nombreux voyages ou l'utilisation d'un véhicule ne serait plus possible en raison de la capacité limitée d'affronter la circulation. Si une activité professionnelle comportait de nombreux contacts avec des clients et des groupes, cette activité serait plus fortement limitée, en raison du fort handicap dans ce domaine, que si elle pouvait se faire sans de nombreux contacts. Dans une activité adaptée qui se caractériserait par une activité relativement indépendante sans de nombreux rendez-vous, avec une certaine flexibilité dans le déroulement du travail, majoritairement sans contacts avec une équipe ou des clients, sans activité de voyage ni nécessité de conduire son propre véhicule, les limitations des

capacités se manifesteraient de façon légère dans les domaines de l'adaptation à des règles et à des routines et de la planification et de la structuration de tâches, et de façon légère à modérée, en fonction de la fréquence des syncopes, dans les domaines de la capacité de contact avec des tiers et de la capacité d'interagir en groupe. L'étendue de la répercussion de la limitation de la capacité à affronter la circulation dépend de la fréquence des attaques non épileptiques et de la longueur du trajet jusqu'au lieu de travail. Pour un lieu de travail situé à distance de marche du domicile, la capacité limitée d'affronter la circulation aurait des répercussions modérées, même en admettant des syncopes fréquentes. Les répercussions seraient toutefois graves pour un trajet plus long jusqu'au lieu de travail. Si les syncopes sont rares, la limitation de la capacité à affronter la circulation n'aurait cependant que de légères répercussions, que le trajet soit court ou long. Si les syncopes surviennent rarement, nous admettons donc qu'il n'y a pas de limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée. Si les syncopes sont fréquentes, c'est-à-dire si elles surviennent plusieurs fois par jour, nous admettons une limitation de la capacité de travail de 40 à 50 % environ dans une activité adaptée.

Globalement, d'un point de vue neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, en raison des séquelles de l'accident, il y a une limitation à 100 % de la capacité de travail dans l'activité habituelle et une limitation d'environ 50 % dans une activité de remplacement adaptée. »

b) Sur la base des conclusions de cette expertise, dont le bien-fondé n'est pas remis en cause par les parties, il convient de constater que la recourante souffre principalement d'une psychopathologie provoquant des syncopes incompatibles avec l'exercice de l'ancienne activité professionnelle, notamment en raison des voyages fréquents et de la conduite d'un véhicule qu'elle impliquait. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée, les experts ont évoqué une capacité de travail pouvant aller, en fonction de la fréquence des syncopes, de 40-50 % à une capacité entière. Ainsi que le souligne l'office intimé, la fourchette définie par les experts est particulièrement large et ne permet pas, en l'état, de procéder à une comparaison des revenus et, partant, de déterminer le degré d'invalidité présenté par la recourante. Ainsi que le suggèrent les deux parties, il convient de renvoyer la cause à l'office intimé afin qu'il mette en œuvre les mesures d'instruction idoines afin de déterminer la fréquence des syncopes subies par la recourante et, partant, l'impact concret de celles-ci sur sa capacité de travail. A l'issue de cette mesure d'instruction, il appartiendra alors à l'office intimé d'examiner un droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre

professionnel. Ce n'est qu'après qu'il y aura lieu de déterminer le degré d'invalidité de la recourante et le droit éventuel à une rente de l'assurance-invalidité.

7. Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée en ce sens que la cause est renvoyée à l'office AI pour instruction complémentaire au sens des considérants.

8. a) Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr., sont mis à la charge de l'office intimé qui succombe (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

b) La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui comprennent une participation aux frais d'avocat ; ils doivent être fixés sans égard à la valeur du litige, notamment d'après l'importance et la complexité de celui-ci. Est ainsi mis à la charge de l'office intimé un montant de 3'000 fr. à titre de dépens (cf. 61 let. g LPGA ; 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36] et 11 TFJDA [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]).

c) Dans la mesure où ces dépens ne couvrent pas l'intégralité des frais de représentation de son défenseur d'office, il convient encore de fixer la rémunération de ce dernier.

Me Jean-Marc Courvoisier a produit le 19 janvier 2016 la liste de ses opérations comprenant des activités d'avocat pendant 21 heures et 51 minutes et des débours pour frais postaux et de photocopies de 785 fr. 20. Cette liste a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte que le montant total d'honoraires s'élève à 3'933 fr. (21 heures et 51 minutes x 180 fr.), à quoi s'ajoutent les débours par 785 fr. 20 et la TVA au taux de 8%, ce qui représente un montant total de 5'095 fr. 65.

Cette indemnité étant partiellement couverte par les dépens à hauteur de 3'000 fr., le solde de 2'095 fr. 65 est provisoirement supporté

par le canton. La recourante est rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce dernier montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], 18 al. 5 LPA-VD).

Il incombera au Service juridique et législatif du canton de Vaud de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud du 19 mars 2012 est annulée, le dossier étant renvoyé audit office afin qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.
- III. Les frais judiciaires de 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante le montant de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens.
- V. Il est alloué à Me Jean-Marc Courvoisier, conseil d'office de la recourante, une indemnité fixée, après déduction des dépens précités, à 2'095 fr. 65 (deux mille nonante-cinq francs et soixante-cinq centimes), TVA et débours compris.

VI. La recourante est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office, laquelle est mise provisoirement à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean-Marc Courvoisier, avocat (pour B. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :