

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 août 2009

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE
Juges : Mme Thalmann, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Perret

* * * * *

Cause pendante entre :

T. _____, à Lausanne, représentée par l'avocate Laure Chappaz, à Aigle,
recourante,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-
après : l'OAI ou l'office), à Vevey, intimé.

Art. 7, 8 al. 1, 16 LPGA; 4 al. 1 et 2, 28 al. 1 et 2 LAI

E n f a i t :

A. T._____, née en 1949, a travaillé depuis le 1^{er} juillet 1995 comme employée de la Confédération, auprès de l'autorité W._____, où elle occupait le poste de secrétaire de direction.

Le 1^{er} janvier 1998, l'assurée a été atteinte à la tête par une bouteille de verre tombée du haut d'un immeuble lausannois et, en chutant, a heurté de la tête une vitrine; l'événement a occasionné un traumatisme crânio-cérébral. Ont également été diagnostiqués suite à cet accident des troubles chroniques de la concentration et des troubles de l'accommodation visuelle. L'assurée a été investiguée de manière exhaustive sur le plan ophtalmologique et neuro-ophtalmologique. Une diminution progressive de la fréquence et de l'intensité des troubles visuels a été constatée. Un examen oto-neurologique spécialisé effectué le 24 janvier 2000 dans le Service d'oto-rhino-laryngologie du Centre P._____ s'est révélé normal.

Par décision du 10 août 2000 entrée en force, la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) a alloué à l'assurée une rente d'invalidité de 25 % dès le 1^{er} juillet 2000 pour les suites de l'accident. Le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant au taux de 25 % lui a en outre été reconnu.

Le 10 août 2001, T._____ est tombée dans un escalier. La chute a entraîné une fracture-luxation bimalléolaire de la cheville droite, compliquée par une algoneurodystrophie et maladie de Sudeck, ainsi qu'une entorse de la cheville gauche. L'assurée s'est retrouvée en incapacité de travail totale du 10 août 2001 au 5 mai 2002, de 50 % jusqu'au 10 mai 2002, derechef totale jusqu'au 17 novembre 2002, puis de 75 % dès le 18 novembre 2002. Un séjour à la clinique de réadaptation de X._____ du 25 septembre au 6 novembre 2002 n'a pas apporté d'amélioration. La capacité de travail était dès lors de l'ordre de 25 % dès le 18 novembre 2002.

T._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) le 28 août 2002, sollicitant l'octroi de mesures médicales de réadaptation spéciales.

En réponse à un questionnaire de l'OAI, le Dr K._____, chirurgien orthopédiste, a indiqué le 17 février 2003 que l'assurée est dans l'incapacité de se déplacer sans cannes, les douleurs étant quotidiennes, constantes principalement dans la cheville droite, s'exacerbant à la marche et lors d'efforts, et également présentes la nuit; selon lui, en l'état, cette situation ne permet pas une amélioration de sa capacité de travail. Ce praticien mentionne en outre que la patiente ne peut pas conduire de véhicule. Il estime que l'activité professionnelle exercée par l'assurée, à un taux de 25 % en l'état, est encore exigible, à raison de deux heures par jour; en revanche, il juge que l'exercice d'une autre activité est difficilement exigible. Dans son rapport ultérieur du 16 juin 2003, le Dr K._____ n'a pas constaté d'amélioration de la situation.

Depuis mars 1998, T._____ s'est rendue en consultation pour les suites psychiques de son accident du 1^{er} janvier précédent chez le Dr S._____, psychiatre FMH, lequel, dans un rapport médical du 29 septembre 2003, juge le pronostic favorable sur le plan psychique si un réaménagement du travail peut se réaliser, l'assurée ne se voyant en l'état confier plus que des tâches élémentaires et ne se sentant plus reconnue selon son expérience et ses aptitudes. Le Dr S._____ estime qu'idéalement, il serait souhaitable que sa patiente puisse trouver une activité à temps partiel à la mesure de ses aptitudes, l'exercice de l'activité professionnelle habituelle étant encore exigible à un taux de 25 %, et la capacité de travail améliorable par aménagement du poste de travail actuel. Il considère que l'exercice d'une autre activité, dans la gestion ou l'administration, est exigible, à raison de quelques heures par jour et en étant particulièrement attentif à la souplesse de l'horaire.

L'engagement de T._____ auprès de l'autorité W._____ a pris fin au 29 février 2004. Répondant le 30 juin 2004 à un questionnaire de l'OAI, le service du personnel de l'autorité W._____ a indiqué qu'en

bonne santé, T._____ réaliserait un salaire de 95'216 fr. 15 par an pour un taux d'activité de 100 pour-cent.

Du 1^{er} mars 2004 au 30 septembre 2007, T._____ a occupé un emploi à temps partiel (25 %) à la fondation L._____, pour un salaire de 1'950 francs brut par mois, porté en dernier lieu à 2'033 francs. Dans une lettre du 10 juillet 2004, l'assurée explique pouvoir, dans le cadre de cet emploi, travailler la plupart du temps à son domicile, ce qui lui permet d'assumer ses obligations tout en se reposant selon ses besoins, et se déplacer seulement de temps en temps au bureau à Berne, en général une fois par semaine.

Après avoir examiné l'assurée le 5 août 2002 puis le 3 octobre 2003, le Dr N._____, chirurgien orthopédiste FMH et médecin d'arrondissement de la CNA, a livré le 16 avril 2004 l'appréciation finale du cas suivante :

"On se trouve, chez cette ex-fonctionnaire à l'autorité W._____, née en 1949, à bientôt 3 ans d'une chute s'étant soldée par une fracture-luxation de la cheville droite ostéosynthésée et par une entorse simple de la cheville gauche.

L'évolution s'est avérée défavorable au niveau de la cheville droite avec persistance de troubles douloureux atypiques et d'une récupération fonctionnelle difficile. La réadaptation à la marche a notamment été compliquée par un status après patellectomie au genou gauche avec instabilité et lâchages qui ont compromis le sevrage des cannes. Des troubles anxio-dépressifs se sont, par ailleurs, greffés sur l'évolution chez une assurée, par ailleurs déjà au bénéfice d'une rente SUVA pour un syndrome subjectif post-TCC.

L'évolution est stationnaire depuis plusieurs mois.

L'assurée se plaint actuellement de troubles douloureux diffus du pied et de la jambe à caractère plus ou moins continu ainsi que d'une diminution de la fonction de la cheville et du pied difficiles à expliquer entièrement sur une base organique. Les radiographies pratiquées n'ont, en effet, pas démontré de manifestation de type Sudeck ni d'arthrose post-traumatique; la fracture étant, par ailleurs, correctement consolidée. Un bilan neurologique approfondi n'a, par ailleurs, pas démontré de neuropathie.

Nos constatations à l'examen de ce jour sont détaillées plus haut. Objectivement on constate une diminution modérée de l'amplitude articulaire de la cheville droite ainsi qu'une amyotrophie de la jambe

chez une assurée qui est restée tributaire de cannes anglaises pour la marche.

Nous ne voyons pas de traitement susceptible d'améliorer la situation actuelle de façon notable. On peut s'attendre à ce qu'elle s'améliore spontanément à court ou à moyen terme sans que l'on puisse toutefois exclure l'évolution tardive vers une arthrose post-fracturaire de la cheville.

L'assurée, qui ne travaille plus à l'autorité W._____, a retrouvé un emploi à domicile qui implique parfois des déplacements sur Berne. Le cas a, par ailleurs, été annoncé à l'assurance-invalidité.

Sur le plan de l'exigibilité, si l'on se base exclusivement sur les séquelles organiques de l'accident qui nous concerne et en tenant compte également des séquelles de patellectomie droite que présente cette assurée, une pleine capacité de travail serait certainement exigible dans les limites de la rente octroyée pour les séquelles du TCC dans un travail sédentaire et n'exigeant pas de déplacements importants.

Les troubles organiques séquellaires objectifs de l'accident n'atteignent actuellement pas un degré indemnisable selon les barèmes usuels d'indemnisation pour atteinte à l'intégrité. Cette appréciation pourra, cependant, être revue en cas d'apparition ultérieure d'une arthrose tibio-tarsienne."

Le 29 mai 2004, le Dr S._____, relevant que l'assurée a trouvé un emploi de travail administratif qui paraît lui convenir, énumère les limitations fonctionnelles suivantes : pas plus de 2 heures à 2 heures et demie par jour en position assise ou 2 heures par jour en position debout; pas de maintien prolongé de la même position du corps; l'assurée doit souvent étendre ses jambes; pas de position à genoux ni accroupie; pas d'alternance assis/debout/marche (effort pour se lever et se mettre en marche); périmètre de marche limité à 1'000 mètres, avec des pauses; pas de port de charges; pas de mouvement pour se baisser; mouvements des membres ou du dos sont possibles, mais attention aux dorsalgies; pas d'horaire de travail irrégulier/de nuit/matin; pas de travail en hauteur/sur une échelle; pas de déplacements sur sol irrégulier ou en pente; éviter les environnements froid (exacerbe les douleurs), bruyant (peut déclencher des flash-back) ou poussiéreux. Le Dr S._____ fait état d'une excellente motivation et d'un faible absentéisme prévisible de l'assurée, dont il évalue à 25 % la capacité de travail raisonnablement exigible, pour un poste de secrétariat, avec une irrégularité de rendement.

Par décision du 13 août 2004, confirmée par décision sur opposition du 11 janvier 2005, entrée en force, la CNA a mis fin au 31 août 2004 au service des indemnités journalières et des remboursements des frais médicaux alloués à T._____ des suites de l'accident du 10 août 2001 et refusé d'octroyer une rente d'invalidité supplémentaire à celle allouée par la précédente décision du 10 août 2000.

Le 19 août 2004, le Dr S._____ a écrit au Dr Z._____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), en ces termes :

"Monsieur et cher Confrère,

J'ai trouvé votre demande à mon retour de vacances et je vous réponds volontiers de la manière suivante :

- le 17 mars 1998, lors de notre première consultation, la patiente présentait à la suite de l'accident du 1^{er} janvier 1998, une anxiété permanente, un comportement d'évitement, une reviviscence de l'accident, des troubles de l'humeur, du sommeil, un émoussement affectif avec de la susceptibilité, de la méfiance.

Ce tableau clinique correspondant à un état de stress post-traumatique F 43.1.

- le 24 mai 2004, lors de notre dernier contrôle, j'ai relevé la persistance des symptômes suivants :

a) anxiété liée aux espaces vides ou clos, à la foule, à la vue d'échelles ou d'échafaudages, aux bruits; ces indices déclenchant un accès de panique;

b) persistance de cauchemars relatifs à l'accident;

c) persistance d'un émoussement des émotions, de méfiance;

d) persistance de difficultés de concentration, de mémorisation, de troubles visuels.

Ces séquelles sont à mettre en rapport avec la chronification des symptômes du stress post-traumatique, désignées dans le CIM-10 sous modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F 62.0.

Ces séquelles avaient justifié une aptitude de 75 % dans son emploi de secrétaire (décision de l'autorité W._____ du 17.4.2000).

En résumé, les séquelles psychiques consistent en anxiété limitative pour les déplacements, la vie sociale; une limitation des aptitudes intellectuelles par des troubles visuels, des troubles de la concentration, de la mémorisation avec une fatigabilité.

Espérant avoir ainsi répondu à vos questions, je vous adresse, Monsieur et cher Confrère, mes meilleures salutations."

Le 9 septembre 2004, le Dr Z. _____ a rendu l'avis médical ci-après :

"Après réception des documents médicaux, on peut conclure comme suit :

- les séquelles de sa fracture de cheville droite n'entraînent pas de restriction supplémentaire de la capacité de travail. En clair, la capacité de travail antérieure de 75 % est retrouvée depuis avril 2004 au moins (rapport final SUVA).

- cette réduction de 25 % est également compatible avec une atteinte psychiatrique (modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe selon le courrier du Dr S. _____ du 19.8.2004) dont je doute cependant de l'existence si je m'en tiens à la description de la CIM-10, p. 119 : "...changement manifeste et persistant de la personne...à la suite d'une exposition à un stress catastrophique (par exemple expériences en camp de concentration, torture, catastrophe, exposition prolongée à des situations représentant un danger vital)".

- le calendrier des IT est le suivant :

25 % depuis le 31.12.1997 (TCC par chute d'une bouteille sur la tête)

100 % depuis le 10.8.2001 (fracture de la cheville droite)

75-80 % depuis le 18.11.2002

25 % depuis avril 2004, selon rapport du Dr N. _____.

- l'activité de secrétaire est adaptée; la capacité de travail ne peut pas être améliorée par des mesures professionnelles."

Le Dr D. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin de la CNA, a livré son appréciation du cas de l'assurée le 3 janvier 2005. En l'état, il écarte la survenance de complication telle que maladie de Sudeck ou arthrose post-traumatique de la cheville. Par ailleurs, il réfute tout établissement d'un amalgame entre diminution de mobilité et fondement organique d'une arthralgie. S'agissant de l'exigibilité, le Dr D. _____ relève que même en cas d'arthrose avérée au niveau des membres inférieurs, une activité sédentaire, donc en position assise, peut être exercée durant tout l'arc de la journée, les sollicitations mécaniques intervenant sur les articulations des jambes étant faibles dans ce contexte, des restrictions fonctionnelles (tendant notamment à limiter montée et descente des escaliers, les positions forcées accroupies ou à genoux et les déplacements incluant des ports de charges) étant au surplus généralement formulées chez les patients souffrant de ce type d'atteinte. Selon lui, l'activité habituelle de secrétaire exercée par

l'assurée auprès de l'autorité W._____ était certainement exigible au taux de 75 %, surtout si l'absence d'un fondement plausible aux douleurs alléguées et chroniques de la cheville droite et de sa région est prise en compte. Le Dr D._____ confirme dès lors l'appréciation du Dr N._____.

Une expertise de chirurgie orthopédique - traumatologique a été effectuée à la demande de l'assurée par le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a rendu son rapport le 14 avril 2005. Après avoir examiné une partie des pièces médicales au dossier, dont le dossier radiologique partiel antérieur, ce praticien a procédé à un examen médical et radiologique ambulatoire, complété par une anesthésie probatoire, une IRM et un CT-scan, ainsi qu'une reconstruction 3-D de l'IRM. Les résultats de ces examens lui ont permis de poser les diagnostics d'arthrose tibio-tarsienne débutante post-traumatique droite, incongruence tibio-tarsienne postérieure droite, fragment péronéo-tibio-astragalien libre droit, conflit d'une vis péronienne et les tendons péroniens et de la vis tibiale postérieure avec les structures adjacentes, et d'état après ostéosynthèse d'une fracture malléolaire Weber C, du triangle de Volkmann et suture de la syndesmose péronéo-tibiale. Par ailleurs, l'anesthésie probatoire locale restreinte au niveau de la syndesmose péronéo-tibiale ayant eu pour effet une diminution nette des douleurs, le Dr R._____ en a conclu que la douleur était d'origine organique et pas psychique. Il relève que les vis proéminentes ainsi que les fragments déplacés expliquent les douleurs au moins partiellement, l'arthrose tibio-tarsienne débutante constituant un facteur supplémentaire. Il émet diverses propositions de traitements chirurgicaux. Il note en outre qu'en cas d'incongruences articulaires, les mouvements risquent de péjorer la situation douloureuse et d'accélérer l'usure secondaire, c'est-à-dire l'évolution en arthrose. En définitive, il formule les conclusions suivantes :

"L'état de la cheville inclus jambe et pied droit est séquellaire de l'accident du 10.8.2001 avec une certitude totale.

On fait tort à la patiente si l'on veut expliquer les douleurs par le psychisme. Une évolution dépressive est bien possible si la patiente ne voit pas de possibilité réelle d'amélioration parce que "on ne trouve rien de concluant".

La capacité de travail devrait se mesurer par rapport au taux actuel. Une réévaluation devra avoir lieu après guérison suite aux traitements.

L'invalidité partielle due à l'état de la cheville droite ne devra être estimée qu'à la fin des traitements. Elle se situera dans le taux d'une arthrose sévère ou d'une arthrodèse de la cheville."

Il ressort d'un rapport d'expertise du Dr U._____, radiologue FMH, que le matériel au niveau de la malléole externe est en place. Il s'agit d'une plaque vissée. Il n'y a plus de trait de fracture visible. Au niveau du pilon tibial, on note une vis dont l'extrémité distale dépasse la corticale d'environ 2 mm postérieurement. Un conflit avec le tendon du muscle tibial postérieur ne peut être exclu définitivement bien que l'IRM effectuée le 14.4.05 ne démontrait aucun oedème en discontinuité de ce tendon. Du point de vue osseux, on peut noter la présence de deux petits fragments corticalisés l'un mesurant dans le plan coronal 10 mm situé dans la portion postérieure de l'articulation tibio-astragaliennne et l'autre dans la portion inférieure de la syndesnose mesurant toujours dans le plan coronal 4,2 mm de diamètre. Présence d'une déformation post-traumatique des contours de la malléole et de l'extrémité postérieure de la malléole externe provoquant une déformation de la syndesnose. L'examen démontre une plaque vissée au niveau de la malléole externe ainsi qu'une vis au niveau de cette même malléole et une vis au niveau du pilon tibial. Malheureusement ces vis provoquent de nombreux artéfacts de susceptibilité rendant l'étude de la syndesnose quasiment impossible. Au niveau de la malléole postérieure, une solution de continuité est visible sur environ 1 cm latéralement par rapport à la position de la vis correspondant à une pseudarthrose.

Le 22 juin 2005, le Dr D._____ relève qu'il n'a pas été en mesure de mettre en évidence des anomalies au niveau des surfaces cartilagineuses de la tibio-tarsienne. En conclusion, il ne peut se rallier ni aux hypothèses diagnostiques, ni aux recommandations thérapeutiques formulées par le Dr R._____ dans son expertise du 14 avril 2005.

Par décision du 27 juin 2005, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2001 au 31 janvier 2002, puis une

rente entière du 1^{er} février 2002 au 31 juillet 2004. Ce terme était déterminé en fonction de l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 16 avril 2004, qui relevait qu'une pleine activité dans un métier sédentaire était désormais exigible à un taux de 75 pour-cent.

Représentée par l'avocate Laure Chappaz, T. _____ a formé opposition à cette décision le 27 juillet 2005. Elle conteste la position de l'OAI en se fondant essentiellement sur les conclusions résultant de l'expertise du Dr R. _____.

Le 5 décembre 2006, le SMR, par la Dresse M. _____, FMH en chirurgie plastique, reconst. et esthétique, a rendu un nouvel avis dans lequel il considère que les conclusions de son précédent avis du 9 septembre 2004 peuvent être maintenues dès lors que les séquelles de la fracture de la cheville droite, dont il a été tenu compte dans l'estimation des limitations fonctionnelles, concernent les douleurs, la limitation de l'amplitude articulaire de la cheville, une amyotrophie de la jambe et une difficulté à la marche, et que la description des éléments qui pourraient jouer un rôle dans ces séquelles (vis, fragment osseux libre, arthrose tibio-tarsienne tout à fait débutante) ne modifie pas les limitations fonctionnelles. La capacité de travail, estimée à 75 % avant cet accident, reste la même, l'activité de secrétaire étant en effet adaptée aux limitations fonctionnelles. Les divers traitements proposés ne sont pas susceptibles de modifier la capacité de travail. D'autre part, le SMR, se référant aux avis respectifs des Drs N. _____ et R. _____, estime que l'atteinte somatique explique au moins partiellement les douleurs. Il juge qu'une atteinte dépressive réactionnelle est possible, mais ne constitue pas une affection invalidante. Il considère ainsi qu'il n'y a pas lieu de compléter l'instruction sur le plan psychiatrique.

Par décision sur opposition du 7 juin 2007, l'OAI, se fondant sur le nouvel avis du SMR, a confirmé sa précédente décision du 27 juin 2005.

Le 25 juin 2007, la fondation L._____ a résilié le contrat de l'assurée pour le 30 septembre 2007 (salaire annuel net 21'258 fr. et brut 24'400 fr.).

B. C'est contre cette décision sur opposition que T._____, représentée par son conseil, a recouru le 12 juillet 2007, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, principalement en ce sens qu'une rente entière lui soit allouée dès le 31 juillet 2004, subsidiairement à ce que le dossier fasse l'objet d'un complément d'instruction par expertises orthopédique et psychiatrique. Parmi les documents produits par la recourante à l'appui de son recours figure un certificat du 5 juillet 2007 dans lequel le Dr K._____ confirme que celle-ci est sous antidépresseur prescrit par son médecin-traitant, l'état de santé demeurant stationnaire, la marche s'effectuant toujours difficilement à l'aide de deux cannes, les douleurs étant persistantes voire en augmentation, et la mobilité articulaire restant limitée surtout au niveau de la cheville malgré les traitements.

Dans sa réponse du 13 septembre 2007, l'intimé a conclu au rejet du recours dans la mesure où il est recevable.

Par réplique du 15 novembre 2007, la recourante a réitéré ses conclusions. Elle a en outre produit un questionnaire à l'intention du Dr R._____, en requérant qu'il soit transmis à ce praticien. Elle a par ailleurs produit un nouveau certificat du Dr K._____ du 9 novembre 2007, dans lequel ce praticien confirme que le diagnostic retenu compte tenu des sévères douleurs au niveau de la cheville droite est celui de syndrome douloureux chronique.

La Caisse de pensions Y._____ a, à sa requête, été invitée à se déterminer en qualité d'intéressée au litige, ce qu'elle a fait par procédé du 14 février 2008, ne jugeant pas opportun en l'état de se prononcer sur l'éventuel droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité supérieures à celles déjà octroyées.

C. Par décision du 10 janvier 2007, confirmée par décision sur opposition du 21 février suivant, la CNA a rejeté la demande déposée par T._____ de révision, respectivement de reconsidération, de la décision sur opposition du 11 janvier 2005. Un recours dirigé contre la décision sur opposition du 21 février 2007 a été retiré le 20 novembre 2007, moyennant engagement de la CNA d'examiner, sans délai, l'existence éventuelle d'une rechute ou de séquelles tardives de l'un au moins des accidents assurés, ce en particulier au vu de l'expertise du Dr R._____ du 14 avril 2005. La CNA s'est déclarée prête à reprendre le versement de ses prestations avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2004, leur service ayant, comme déjà relevé, été interrompu au 31 août précédent.

D. Le Dr R._____ a déposé un rapport complémentaire le 27 mars 2008 sur la base d'un questionnaire établi par la recourante, les autres parties ayant été invitées à en faire autant. Des réponses du Dr R._____, il résulte en particulier que les diagnostics d'incongruence de la syndesmose péronéo-tibiale et de suspicion d'un syndrome du tunnel carpien droite et gauche suite à l'utilisation prolongée des deux cannes doivent être ajoutés à ceux déjà posés dans son rapport d'expertise du 14 avril 2005. Par ailleurs, en l'absence de symptômes caractéristiques, le diagnostic de maladie de Sudeck ne peut être maintenu. Le Dr R._____ note que la recourante ne supporte que pendant un temps limité la position assise et la station debout. Il situe la douleur principale dans la syndesmose péronéo-tibiale, jugeant la part de la douleur tibio-astragaliennne et des vis proéminentes probablement de moindre importance en l'absence de développement d'une arthrose tibio-astragaliennne avancée. S'agissant de l'existence d'une arthrose, il précise qu'une irrégularité de l'os sous-chondral exprime une atteinte du cartilage articulaire adjacent, qui signale normalement une arthrose de degré divers, sans qu'il soit primordial de constater un rétrécissement de l'interligne articulaire sur des radiographies conventionnelles. Dans le cas de la recourante, la réduction n'est pas parfaite, situation qui évoluera tôt ou tard en arthrose. Le Dr R._____ met en doute les avis exprimés par le Dr D._____ le 3 janvier 2005 et par le SMR le 5 décembre 2006. Il répète que la disparition de la douleur principale dans la syndesmose suite à une

anesthésie locale ciblée constitue la preuve irréfutable de son origine anatomique et organique.

Les parties ont été invitées à se déterminer sur ce complément d'expertise. En particulier, l'OAI a relevé le 25 avril 2008 que l'activité de secrétaire est adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée; à l'appui de sa position, l'office a produit un avis du 17 avril précédent du SMR, qui confirme les conclusions de son précédent avis du 5 décembre 2006, considérant que l'avis du Dr R._____ résulte de l'appréciation différente d'une situation identique et ne modifie pas l'estimation des limitations fonctionnelles, seule utile à l'évaluation de la capacité de travail.

La cause a été suspendue jusqu'au dépôt, par la recourante, d'une expertise mandatée par la CNA, établie par le Dr J._____, médecin adjoint au Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre P._____, le 24 juin 2008, qui conclut que le taux maximal de capacité de travail de la recourante est de l'ordre de 50 % "dans une activité légère et alternée". Il estime toutefois qu'il serait "plus réaliste de proposer 40 % de capacité de travail résiduelle dans une telle activité en considérant au maximum 4 h par jour 4 jours par semaine (...)". A l'exception de ce qui précède, il confirme pouvoir adhérer à l'analyse du Dr R._____. L'expert relève notamment ce qui suit :

"Anamnèse :

Mme T._____ a donc été victime en 2001 d'une fracture luxation équivalent tri-malléolaire ouverte stade II de la cheville droite ostéosynthésée à l'Hôpital [...] en urgence. L'évolution post-opératoire immédiate et à long terme est marquée par une symptomatologie douloureuse importante, les douleurs actuelles seront décrites plus bas; Sur le plan professionnel, Mme T._____ est actuellement au chômage, elle a récemment suivi des cours et estime qu'elle pourrait exercer une activité en positions alternées à un maximum de 50 % soit un maximum de 4 heures par jour. Sur le plan général Mme T._____ signale une bonne santé habituelle si l'on excepte les problèmes orthopédiques du genou gauche et des poignets bien connus du dossier.

[...]

Diagnostic :

Séquelles de fracture équivalent tri-malléolaire ouverte de la cheville droite avec :
- Status post ostéosynthèse en urgence en 2001.

- Arthrose péronéo-tibiale postérieure sur discrète incongruence articulaire à ce niveau.
- Fragment libre talo-crural postéro-latéral.
- Syndrome douloureux originaire des tissus mous sans substrat objectivable.

[...]

1. Peut-on préciser l'origine des douleurs de la cheville chez la patiente?

Cf diagnostic ci-dessus. Je pense qu'une partie de la symptomatologie est attribuable à cette arthrose sur incongruence péronéo-tibiale postérieure et également à la présence du fragment libre. Il existe toutefois également une composante attribuable à un syndrome diffus des tissus mous sans que ceci puisse être clairement objectivé.

La patiente m'a semblé très claire dans ses explications, je ne suis pas convaincu qu'on puisse considérer de manière significative des facteurs extra-somatiques dans la participation étiologique des douleurs.

2. Quelles sont les possibilités thérapeutiques?

Il y en a 3 :

- a) Abstention thérapeutique avec pour avantage l'absence de risques opératoires et l'absence de risques de péjoration de la symptomatologie actuelle en tenant compte du contexte de récupération difficile connu chez cette patiente depuis l'accident 2001.
- b) Ablation du matériel d'ostéosynthèse, résection du petit fragment libre postéro-latéral et, dans le même temps résection d'une incongruence péronéo-tibiale postérieure en désinsérant puis réinsérant la syndesmose à la hauteur du Volkmann. L'avantage d'une telle option est de se dire que, dans le cas de Mme T._____, on a en quelque sorte plus rien à perdre et que le risque de péjoration de son état actuel est somme toute limité.
- c) Ablation du matériel d'ostéosynthèse et arthrodèse de la cheville droite. L'avantage d'une telle méthode serait une quasi certitude de supprimer les douleurs intra articulaires sans toutefois avoir d'influence sur les douleurs originaires des tissus mous. Le désavantage dans le cas de Mme T._____ est la perte de mobilité de cette cheville qui est encore excellente pour l'instant et je pense que cette solution ne doit être considérée qu'en dernier recours."

La cause a été reprise le 7 octobre 2008. Les parties ont été invitées à se déterminer. La recourante a implicitement maintenu ses conclusions, tout comme l'intimé. Egalement invitée à se déterminer, la Caisse de pensions Y._____ s'en est remise à justice.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, parfaite le mardi 12 juin 2007 selon l'allégué crédible de la recourante, le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]).

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD).

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la cour en corps, vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr. s'agissant d'une rente (art. 93 et 94 LPA-VD).

2. Le droit matériel applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2).

Par conséquent, le droit à une rente de l'assurance-invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4^{ème} révision de cette loi, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 (ATF 130 V 455; voir également ATF 130 V 329). En revanche, les modifications de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, ne sont pas applicables au présent cas, qui doit être

examiné au regard des normes légales en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007.

L'entrée en vigueur de la LPGA n'a pas modifié la définition de l'invalidité et la jurisprudence rendue sous l'empire de l'ancienne loi est ainsi toujours applicable. En tout état de cause, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; TFA, arrêt du 17 mai 2005 en la cause I 7/05, consid. 2; arrêt du 6 septembre 2004 en la cause I 249/04, consid. 4).

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 et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Selon l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération.

b) En vertu de l'article 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : méthode générale de la comparaison des revenus, méthode

mixte, méthode spécifique. Le choix entre ces méthodes dépend du statut de l'intéressé : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel et assuré non-actif. Est en principe déterminante l'activité qu'exercerait l'assuré, s'il n'était pas atteint dans sa santé (ATF 117 V 194; RCC 1989 p. 125).

L'art. 28 al. 2 LAI renvoie à l'art. 16 LPGA qui consacre la méthode générale de la comparaison des revenus : le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (revenu d'invalidé) doit être comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité). Si ces salaires ne peuvent pas être déterminés exactement en francs, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi les valeurs approximatives ainsi obtenues sont comparées entre elles (RCC 1986 p. 432 consid. 1c). Ainsi, la notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond pas forcément avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, dont la tâche consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est incapable de travailler (ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; Locher, Grundriss des Sozialversicherungsrechts, 2^{ème} éd., Berne 1997, p. 83, n. 14).

Les facteurs psycho-sociaux et socio-culturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes, mais ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5). Le manque de qualifications et le défaut de connaissances linguistiques de l'assuré ne constituent pas davantage des facteurs dont il doit être tenu compte pour la fixation du taux d'invalidité (ATF 107 V 17 consid. 2c, RCC 1982 p. 34).

c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer

autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger de l'assuré que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

4. Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées).

D'après une jurisprudence constante, l'administration est tenue, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent

à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATFA, 29 janvier 2003, I 129/02; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Selon la Haute Cour, 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; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3).

5. En l'espèce, la première question à trancher est celle de savoir si le dossier est suffisamment instruit, l'admission de la conclusion subsidiaire du recours étant de nature à priver d'objet sa conclusion principale.

Tel est bien le cas, vu la multiplicité d'avis médicaux relevant des diverses branches de la médecine ici en cause, probants selon les exigences posées par la jurisprudence. En effet, outre les pièces médicales résultant de la procédure auprès de la CNA, relatives aux événements accidentels survenus respectivement le 1^{er} janvier 1998 et le 10 août 2001, le dossier comporte des rapports orthopédiques des Drs K._____, N._____ et D._____, plusieurs rapports du psychiatre traitant, le

Dr S._____, une expertise de chirurgie orthopédique-traumatologique privée réalisée par le Dr R._____, produite par la recourante, ainsi qu'un complément d'expertise, plusieurs avis rendus par les médecins du SMR prenant en compte les pièces précitées, et, enfin, une expertise réalisée par le Dr J._____, du Service d'orthopédie et de traumatologie du Centre P._____. Les diagnostics ont été posés, l'évolution de l'état de santé a été rapportée, les atteintes sur les plans somatique et psychique ont été détaillées et leur influence en matière de capacité de travail, d'exigibilité et de limitations fonctionnelles a été examinée et discutée de façon complète et cohérente. En outre, les parties ont amplement eu l'occasion de se déterminer tout au long de la procédure sur l'ensemble des pièces médicales et d'en faire produire de nouvelles.

Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique supplémentaire, telle que le requiert la recourante, n'est pas nécessaire, l'avis du Dr R._____, dont se prévaut à juste titre la recourante elle-même et que confirme l'observation probante du Dr J._____, relevant que c'est faire tort à la patiente de vouloir expliquer les douleurs par le psychisme et retenant la possibilité d'une évolution dépressive si la patiente ne voit pas de possibilité réelle d'amélioration parce que "on ne trouve rien de concluant". Les douleurs découlent bien plutôt d'un substrat anatomique objectivement établi.

6. a) Seule est litigieuse sur le fond la question du taux d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} août 2004, selon les conclusions de la recourante.

b) Le présent litige a pour caractéristique que deux assureurs ont statué sur les conséquences économiques de mêmes atteintes à la santé.

Quant à la coordination entre assureurs sociaux, l'arrêt de principe (ATF 126 V 288) tend à placer les différents assureurs sur pied d'égalité. Dans une phase ultérieure, la jurisprudence a confirmé, avec référence à la LPGA, que l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation

de l'OAI (ATF 131 V 362, consid. 2.2; RAMA 2006 U 567 p. 61; voir, comme cas d'application de cette jurisprudence de principe, RAMA 2000 U 406 p. 402; VSI 2004 p. 182, consid. 4.3 pp. 186 s.; v. aussi TFA, arrêt I 710/04 du 23 décembre 2005, ad TAss VD du 23 juin 2004, AI 11/04 - 253/2004). La dernière phase de la jurisprudence tend ainsi à nouveau à augmenter l'indépendance des deux assureurs; ainsi, l'assureur-accidents n'a pas qualité pour former opposition ou recourir contre la décision de l'assurance-invalidité, ni recourir au Tribunal fédéral, que ce soit sur le droit à la rente en tant que tel ou sur le degré d'invalidité; l'évaluation de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante à son égard (ATF 131 V 362). Enfin, une précision de jurisprudence est parue aux ATF 133 V 549. Cet arrêt pose que l'assurance-invalidité n'est pas liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assureur-accidents. Il ajoute, dans un obiter dictum, que la réciproque reste également vraie (consid. 6.2 p. 554). Néanmoins, il n'y a jamais eu d'abandon de la jurisprudence parue aux ATF 126 V 288. Ainsi, au vu de l'unité de la notion d'invalidité, il n'y a pas lieu - sauf motifs pertinents exceptionnels - d'apprécier différemment les conséquences économiques d'une seule et même atteinte à la santé, réputée engager la responsabilité entière de l'un et de l'autre assureurs, en particulier lorsque l'appréciation du premier assureur a fait l'objet d'une décision entrée en force (ATF 126 V 288).

c) En l'état, l'appréciation de l'invalidité par la CNA a fait l'objet d'une décision entrée en force le 11 janvier 2005. Toutefois, la recourante et la CNA ont convenu lors de l'audience du 20 novembre 2007 de ce que la recourante retire son recours contre la décision sur opposition du 21 février 2007 rejetant sa demande de révision. En contrepartie, la CNA s'est engagée à procéder sans délai à l'examen de l'existence éventuelle d'une rechute ou de séquelles tardives de l'un au moins des accidents assurés, en prenant en compte le rapport d'expertise privée du 14 avril 2005 établi par le Dr R._____, y compris les documents radiologiques examinés par ce praticien. Les parties ont également convenu de ce que ni la demande de révision de la décision sur opposition du 11 janvier 2005 ni le retrait du recours ne préjugent de la date à partir

de laquelle l'éventuelle rechute, respectivement les séquelles tardives, donneraient droit à des prestations d'assurance.

7. a) Il est incontesté que le métier de secrétaire est le mieux adapté qui soit aux atteintes de l'assurée. Ceci n'implique toutefois pas que la capacité de travail ne soit pas - et de manière même significative - diminuée dans cette activité. A défaut d'un métier plus adapté, l'incapacité de travail se confond avec l'invalidité.

b) Par décision du 27 juin 2005, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2001 au 31 janvier 2002, puis une rente entière du 1^{er} février 2002 au 31 juillet 2004. Ce terme était déterminé en fonction de l'examen final du médecin d'arrondissement de la CNA du 16 avril 2004, le Dr N._____, qui relevait qu'une pleine activité dans un métier sédentaire était désormais exigible dans les limites de la rente octroyée (25 %, réd.) pour les séquelles du TCC dans un travail sédentaire et n'exigeant pas de déplacements importants. Cela étant, la question se pose de savoir si cet avis est infirmé par les expertises des Drs R._____ et J._____.

c) S'agissant des atteintes psychiques avant la demande de prestations AI liée au second accident de la recourante, le 10 septembre 2002, le Dr S._____ relève que la patiente présente une incapacité de travail de 25 % pour séquelles de commotion cérébrale et syndrome post-traumatique, et une incapacité de travail totale depuis le 10 août 2001 pour fracture de la cheville et complications. Il constate notamment que la patiente s'est retrouvée en arrêt de travail complet depuis le 10 août 2001 à la suite d'une chute et d'une fracture ouverte de la cheville droite et d'une distorsion de la cheville gauche. La chute a réactivé l'angoisse post-traumatique; cependant, l'invalidité est en rapport avec une évolution d'algodystrophie de Sudeck. Les 29 septembre 2003 et 29 mai 2004, il note un syndrome post-traumatique chronifié qui justifierait une incapacité de travail de 75 pour-cent. Le 19 août 2004, le Dr S._____ écrit au Dr Z._____ que les séquelles psychiques consistent en anxiété limitative pour les déplacements, la vie sociale, une limitation des aptitudes

intellectuelles par des troubles visuels, des troubles de la concentration, de la mémorisation avec une fatigabilité. Il précise que ces séquelles sont à mettre en rapport avec la chronification des symptômes du stress post-traumatique, désignés dans la CIM-10 sous modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe F 62.0, et il rappelle qu'elles avaient justifié une aptitude de 75 % dans l'emploi de secrétaire (décision de l'autorité W._____ du 17 avril 2000). De plus, la CNA a définitivement reconnu pour ces atteintes psychiques une rente d'invalidité de 25 pour-cent.

Au vu des contradictions relevées entre les différents rapports du Dr S._____ et des atteintes similaires relevées en 2002, 2003 et 2004 (troubles de la concentration, de la mémorisation, fatigabilité notamment), on peine à comprendre le changement d'évaluation de l'incapacité de travail présentée par la recourante selon le Dr S._____. Au surplus, la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe paraît peu vraisemblable en l'espèce au regard de la description retenue par la CIM-10 : exposition prolongée à des situations représentant un danger vital. La situation de la recourante du point de vue psychique a fait l'objet de nombreux examens dans le cadre du premier accident et tous les médecins consultés, y compris le Dr S._____, s'accordaient à dire que la capacité de travail était de 75 % pour tenir compte du stress, des céphalées et problèmes de concentration et de la vision dus à la commotion cérébrale et au syndrome TCC.

d) Sur le plan physique, tous les médecins s'accordent sur le caractère adéquat des plaintes de l'assurée. Au vu de ce qui précède, le sort du recours dépend de l'appréciation des avis des Drs R._____ et J._____, dans la mesure où les médecins-conseils de la CNA et du SMR - qui se sont basés sur les examens des médecins-conseils de la CNA - n'ont pas tenu compte des lésions organiques post-traumatiques, en cherchant en lieu et place une atteinte psychique. En effet, les lésions se situent, selon le Dr R._____, au niveau de la malléole externe, du péroné, du triangle de Volkmann, du tibia et de la syndesmose péronéo-tibiale. Le Dr J._____ estime notamment qu'une partie de la symptomatologie est

attribuable à cette arthrose sur incongruence péronéo-tibiale postérieure et également à la présence du fragment libre. Il convient de retenir la capacité de travail de 40 % attestée par cet expert, spécialiste de la chirurgie du pied, qui pratique dans un hôpital universitaire et est indépendant de la recourante.

e) Au moment de l'accident du 10 août 2001, l'assurée présentait une incapacité de travail de 25 pour-cent. Du fait de l'accident, elle a présenté une incapacité de travail totale. L'invalidité doit donc être calculée sur une moyenne de 12 mois. Par conséquent, à partir du 1^{er} novembre 2001, le degré d'invalidité moyen s'élève à 44 % (9 mois à 25 % et 3 mois à 100 %), donnant droit à un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2001.

La recourante a droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 100 % depuis le 1^{er} février 2002, soit après trois mois d'aggravation, jusqu'au 18 novembre 2002, date de reprise du travail à l'autorité W._____. Selon la décision de l'OAI, la rente entière prend fin au 31 juillet 2004, soit après trois mois d'amélioration de l'état de santé à compter de l'examen médical final de la CNA du 16 avril 2004. Il convient de substituer à cette date l'appréciation de la capacité de travail opérée par le Dr J._____ et donc d'allouer à la recourante un trois-quarts de rente basé sur un degré d'invalidité de 60 % dès le 1^{er} août 2004 (art. 28 al. 1 LAI).

Cela étant, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée dans le sens de ce qui précède.

8. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause et s'est fait assister par un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être fixé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA, art. 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de l'intimé (art. 55 al. 2 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

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

- I. Le recours est admis.

- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que la recourante a droit à un trois-quarts de rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 2004. Elle est maintenue pour le surplus.

- III. L'intimé versera à la recourante la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Laure Chappaz (pour T. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Caisse de pensions Y. _____,
- 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 :