

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2018

Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Métral, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

G. _____, à [...], recourante, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. a) G. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], médecin spécialiste en [...], mère de trois enfants nés en [...], [...] et [...], travaillait dans le service de [...] du S. _____ depuis 2008 en qualité de [...] à 80 %, puis à 100 % dès novembre 2010.

Le 22 mars 2011, elle a été victime d'un accident de la circulation, dont les circonstances ont été décrites en ces termes dans le rapport de police intercommunale de [...] du 30 mars 2011 :

« Mme V. _____, conductrice de la voiture de tourisme de son époux (...), circulait, seule à bord, sur le chemin de [...] à [...], dans le but de se rendre à [...]. Arrivée au giratoire du [...], elle s'est arrêtée au cédez-le-passage, en première position sur la voie de présélection de droite. C'est au moment de reprendre sa route en direction de [...], qu'elle n'a pas remarqué la présence de Mme G. _____, cycliste, qui arrivait sur sa gauche depuis [...] et se trouvait déjà engagée dans ledit ouvrage. Le choc a eu lieu entre l'aile gauche de l'auto V. _____ et la cycliste qui s'apprêtait à quitter le giratoire en direction de [...]. »

Le cas a été annoncé à R. _____, assureur-accidents, qui l'a pris en charge.

Dans un courrier du 3 mai 2011 au Dr C. _____, neurologue traitant, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie au S. _____, a diagnostiqué une contusion du genou gauche et du genou droit, une contusion thoracique gauche, ainsi qu'un traumatisme crânio-cérébral (TCC). Il a conclu à une contusion fémoro-patellaire du genou à gauche et a préconisé un traitement conservateur avec marche en charge sans attelle, une application de glaces et des anti-inflammatoires.

Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pratiquée le 8 juillet 2011, l'assurée ne présentait pas d'anomalie ni de contusion hémorragique décelable.

Dans son rapport du 21 juillet 2011 (faisant suite à un examen neuropsychologique du 13 juillet 2011) au Dr C._____, la neuropsychologue Z._____ a constaté l'absence d'atteinte spécifique au niveau cognitif, tout en relevant la présence de performances limites dans le domaine visuel (mémoire immédiate, mémoire antérograde). Elle a avant tout fait état d'un syndrome post-commotionnel (irritabilité, intolérance à la lumière et dans une moindre mesure au bruit, ainsi qu'un manque d'endurance) et ce, en dehors d'un contexte assécurologique défavorable. Elle a conclu à une évolution lentement favorable, la capacité de travail de l'assurée restant toutefois probablement abaissée encore quelques semaines.

L'assureur-accidents a sollicité la mise en œuvre d'une expertise, laquelle a été confiée au Dr J._____, spécialiste en neurologie, de la B._____. Dans son rapport du 11 avril 2012, ce médecin a retenu que le diagnostic de Mild Traumatic Brain Injury (MTBI) avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée (lien de causalité au moins vraisemblable avec l'événement du 22 mars 2011), alors que le diagnostic de migraine n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail (absence de lien de causalité). Il a en outre fait état d'une situation évolutive, en relevant qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur une atteinte à l'intégrité (p. 20). Sur le plan strictement neurologique, le Dr J._____ a constaté qu'actuellement, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % horaire avec 100 % de rendement depuis le 6 février 2012. Il a retenu une reprise progressive de l'activité professionnelle, avec 100 % de rendement, à 60 % dès le 1^{er} avril 2012, puis à 70 % à compter du 1^{er} juin 2012, et de 100 % dès le 1^{er} septembre 2012. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (liées à ses difficultés de concentration et de mémorisation, ainsi qu'une fatigabilité, une sensibilité accrue au stress et un besoin de calme environnant), la capacité de travail sur le plan médico-théorique était de 100 % horaire et rendement dès le jour de l'examen, soit le 6 février 2012 (cf. p. 22). L'expert a enfin relevé ce qui suit dans une rubrique « discussions et synthèse » (cf. pp. 25-27) :

« L'expert se trouve en face de Madame G._____, âgée de [...] ans, travaillant depuis [...] en qualité de [...] au S._____.

L'intéressée présente depuis des années une migraine sans aura, pour laquelle elle bénéficie d'un traitement de fond par Tryptizol® (amitriptyline) 10 mg le soir et d'un traitement des crises par Imigran® (sumatriptan), outre un suivi auprès d'un neurologue.

En date du 22 mars 2011, alors qu'elle roulait à vélo, l'assurée a été percutée par une voiture venant de sa droite à la hauteur d'un petit rond-point à environ 10 minutes de [...].

L'accident a entraîné un TCC probablement violent avec perte de connaissance, ayant nécessité une hospitalisation au S. _____ où l'explorée est revenue à elle. Un scanner corps entier a permis de mettre en évidence l'absence de lésions crânio-cérébrales.

Dès le lendemain de l'accident, une incapacité totale de travail est attestée, puis une reprise de l'activité professionnelle à 50 % est effectuée à partir du 11 avril 2011. En date du 29 du même mois, un nouvel accident est survenu, ayant entraîné une déchirure ligamentaire de la cheville droite avec entorse du ligament latéral externe. Un nouvel arrêt de travail est ordonné, suivi d'une reprise à 50 % en vigueur depuis le 20 juin 2011 en raison de la persistance de troubles de la concentration et d'une diminution de l'endurance intellectuelle.

Or, en date du 8 juillet 2011, une IRM cérébrale a de nouveau permis de constater l'absence d'anomalie ou de contusion hémorragique cérébrale. Le 13 juillet 2011, un examen neuropsychologique est réalisé, lequel n'a pas non plus mis en évidence d'atteinte spécifique au niveau cognitif, mais plutôt un syndrome post-commotionnel d'évolution lentement favorable. Cependant, son neurologue a estimé que ce diagnostic ne permettait pas encore la reprise de travail à 100 %.

Ainsi au jour de l'examen, suite au traumatisme crânien consécutif à l'accident de la voie publique, l'examinée travaille à 50 %. Elle présente des signes de MTBI de grade II et d'évolution lentement favorable, compliqué par l'aggravation d'une migraine préexistante. Elle a également subi un traumatisme du coude et du genou, lesquels semblent bénins.

1. FACTEURS NON MÉDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFÉRER AVEC LA CAPACITÉ DE TRAVAIL

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> âge | <input type="checkbox"/> problèmes au poste de travail |
| <input type="checkbox"/> problèmes familiaux | <input type="checkbox"/> stupéfiants (troubles primaires) |
| <input type="checkbox"/> difficultés financières | <input type="checkbox"/> accident |
| <input type="checkbox"/> autres facteurs | |

Commentaire : Il n'existe aucun facteur non médical pouvant interférer avec la capacité de travail.

2. SYNTHÈSE

a. Signes cliniques et paracliniques principaux

L'investiguée se plaint de troubles de la concentration, d'irritabilité, de difficultés langagières, de troubles de la mémoire et parfois de l'orientation spatiale, apparus à la suite de l'accident du 22 mars 2011. Elle rapporte également la recrudescence d'une migraine sans aura présente avant cet événement.

L'ensemble de l'expertise repose sur cette anamnèse des plaintes mais par définition, il n'y a aucun signe clinique ni paraclinique en rapport avec le diagnostic de MTBI.

b. Etat actuel, interactions et évolution prévisible

En dehors de problèmes orthopédiques de retentissement mineur dans le strict cadre de son activité professionnelle, l'assurée est

gênée par des difficultés de concentration et de mémorisation, lesquelles sont particulièrement visibles dans son cadre professionnel, exigeant de son point de vue. Son choix de mettre un terme à la carrière hospitalière et universitaire pour une activité libérale réduira considérablement son stress professionnel, ce qui lui permettra une amplitude horaire plus faible, ceci sera sûrement bénéfique et sera également un facteur d'apaisement de sa migraine.

e. En quoi des troubles somatiques sont-ils relégués au second plan de troubles psychiques. Analyse de l'état antérieur

D'après les données anamnestiques, il n'y a pas lieu de suspecter une surcharge psychique à l'origine de la persistance des symptômes. Par ailleurs, on constate une cohérence des plaintes et on ne retrouve aucune manifestation pour faire suspecter une exagération des symptômes, les plaintes douloureuses ne sont pas mises au premier plan. Il n'y a pas de thymie dépressive.

d. Taux global d'atteinte à l'intégrité

Cette question ne peut pas être tranchée, l'état stationnaire définitif n'étant pas atteint. Il conviendra de réévaluer la situation, mais il est tout à fait probable qu'un statu quo ante intervienne, celui-ci étant estimé au 1^{er} septembre 2012, soit 18 mois post-accident, rendant ainsi la question probablement caduque.

(...) ».

b) G._____ a déposé le 19 mars 2012 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en mentionnant quant au genre de l'atteinte « commotion cérébrale avec syndrome post-commotionnel : vertiges, sentiment de résonance intracrânienne avec amplification des stimulations extérieures (bruit, lumière...). Importante difficulté de concentration entravant nettement la capacité de travail. Troubles du sommeil. Céphalées. Difficultés à conduire un véhicule sur une durée de > 1 heure, irritabilité, troubles de la mémoire, fatigabilité, non-reconnaissance des lieux ». Elle a fait état d'une incapacité de travail totale du 23 mars au 10 avril 2011, à 50 % du 11 au 28 avril 2011, à 100 % du 29 avril au 19 juin 2011, et à 50 % depuis le 20 juin 2011.

Dans une lettre du 26 mars 2012 à l'OAI, les Drs H._____ et P._____, respectivement médecin-chef et chef de clinique du service de médecine du personnel au S._____, ont posé les diagnostics de syndrome post commotion cérébrale dans le cadre d'un accident de vélo survenu le 22 mars 2011 avec persistance d'un manque d'endurance, d'une irritabilité, d'une intolérance à la lumière et dans une moindre mesure d'une intolérance au bruit, d'un status post atteinte ligamentaire

de la cheville droite suite à un accident de la voie publique en avril 2011 et de céphalées de type migraines. Ils ont conclu que l'assurée conservait une capacité de travail dans son activité de médecin [...], mais que cette activité nécessitait des aménagements tenant compte de la symptomatologie actuelle, citant l'exemple d'une activité à taux partiel dans un premier temps, avec possibilité pour l'assurée d'organiser son activité et son planning en fonction de la fatigabilité. Ils ont précisé que le taux maximal que l'assurée parviendrait à effectuer serait à réévaluer en fonction de l'évolution de la symptomatologie.

Par courrier du 2 avril 2012 à l'OAI, le Dr L. _____ a expliqué qu'il ne voyait pas l'intérêt de compléter le questionnaire médical concernant sa patiente, dans la mesure où celle-ci était médecin, avec une activité adaptée, et qu'elle avait probablement repris son activité.

Dans un document intitulé « questionnaire pour l'employeur » complété par le S. _____ en date du 27 avril 2012, l'établissement précité a indiqué que l'assurée avait donné sa démission pour le 30 avril 2012. En tant que [...], elle percevait un salaire mensuel de 12'689 fr. 33, soit 152'272 fr. l'an.

Dans un rapport à l'OAI du 30 avril 2012, le Dr C. _____ a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de syndrome post-commotionnel existant depuis le 22 mars 2011, ainsi que le diagnostic sans effet sur la capacité de travail de migraine. Il a retenu une capacité de travail de 50 %, avec un rendement réduit de 25 % environ en raison des troubles de la concentration, estimant sa patiente en mesure de travailler entre quatre et cinq heures par jour dans une activité adaptée.

L'assurée s'est par la suite installée comme [...] indépendante à [...], exerçant son activité à raison de quatre demi-journées par semaine et travaillant également une demi-journée par semaine comme [...] du S. _____ [...].

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à l'examen du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR). Dans un rapport du 19 juillet 2012, le Dr K._____ du SMR, se fondant sur l'expertise du Dr J._____, a retenu que l'assurée présentait principalement un traumatisme crânio-cérébral léger. Il a estimé que l'incapacité de travail de l'assurée avait évolué de la manière suivante :

- 100 % du 22 mars au 10 avril 2011 ;
- 50 % du 11 au 28 avril 2011 ;
- 100 % du 29 avril au 19 juin 2011 ;
- 50 % du 20 juin 2011 au 31 mars 2012 ;
- 40 % du 1^{er} avril au 31 mai 2012 ;
- 30 % du 1^{er} juin au 31 août 2012.

Le Dr K._____ a retenu une capacité de travail entière dès le 1^{er} septembre 2012 dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée (installation en cabinet libéral) soit respectant les limitations fonctionnelles décrites (difficultés de concentration et de mémorisation, fatigabilité, sensibilité accrue au stress et un besoin de calme environnant), la capacité de travail était entière dès le 6 février 2012.

c) Le 13 août 2012, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision, dans le sens d'un refus de rente d'invalidité. Il a ainsi fait état des éléments suivants :

« Par votre demande du 19 mars 2012 vous avez sollicité des prestations de notre assurance.
Suite aux investigations médicales qui ont été entreprises, il ressort que depuis le 22 mars 2011, vous avez subi des incapacités de travail à taux variables.

Il s'ensuit qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 22 mars 2012, votre capacité de travail était de 50 % dans votre activité habituelle de [...], de 60 % dès le 1^{er} avril 2012, de 70 % dès le 1^{er} juin 2012 et de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2012.

Vous auriez ainsi eu droit à une demi-rente du 1^{er} mars au 30 juin 2012 (soit trois mois depuis l'amélioration de votre capacité de travail à 60 %), puis à un quart de rente du 1^{er} juillet au 31 août 2012 (soit trois mois depuis l'amélioration de votre capacité de travail à 70 %). En effet, un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne donne plus droit à une rente d'invalidité.

Toutefois, vous avez déposé votre demande de prestations AI le 19 mars 2012 seulement. En application de l'article 29 LAI (...), le droit à la rente prend naissance au plus tôt six mois après le dépôt de la demande, en l'occurrence, le 1^{er} septembre 2012.

A cette date votre capacité de travail est totale dans votre activité de [...].

Cependant et par choix personnel vous avez comme projet, l'installation en cabinet libéral. »

Dans ses objections du 14 septembre 2012 au projet de décision, l'assurée, désormais représentée par Me Didier Elsig, a notamment fait valoir que le rapport du 11 avril 2012 du Dr J._____ était contredit d'une part, par celui, antérieur, du 26 mars 2012 des Drs H._____ et P._____, qui ont retenu que son état de santé nécessitait des aménagements tenant compte de sa symptomatologie, d'autre part par celui du 3 août 2012 (faisant suite à un examen neuropsychologique du 23 juillet 2012) de la Prof. F._____, cheffe du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du S._____, et de la psychologue assistante A._____, lesquelles ont estimé que la sensibilité aux interférences, le défaut de mise à jour en mémoire de travail, les difficultés d'attention et la fatigabilité étaient susceptibles de diminuer le rendement dans l'activité professionnelle, le taux d'activité exigible devant tenir compte de la fatigabilité. Au vu de ces éléments, l'assurée en déduisait que sa capacité de travail n'avait pu être augmentée à plus de 50 %, estimant devoir être mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité.

Par avis médical/audition du 28 septembre 2012, les Drs D._____ et K._____ du SMR ont rappelé que dans son expertise de février 2012, le Dr J._____ avait déjà retenu des limitations fonctionnelles, soit des difficultés de concentration et de mémorisation, une fatigabilité, une sensibilité accrue au stress, un besoin de calme environnant. Malgré les limitations précitées, il avait attesté une pleine capacité de travail de l'assurée dans son activité à compter du 1^{er} septembre 2012. L'examen neuropsychologique du 23 juillet 2012 de la Prof. F._____, très peu différent de celui du 13 juillet 2011, ne permettait pas de définir une nouvelle limitation fonctionnelle. Certes, la Prof. F._____ avait conclu que ces éléments étaient susceptibles de diminuer le rendement de l'activité professionnelle, mais elle n'avait apporté aucun

chiffre. Les médecins du SMR ont dès lors considéré que la conclusion de la Prof. F._____ ne pouvait être retenue comme une péjoration de l'état de santé de l'assurée de nature à modifier l'appréciation du Dr J._____.

Par décision du 12 octobre 2012, l'OAI a refusé le droit à la rente, la motivation figurant dans une lettre d'accompagnement également datée du 12 octobre 2012.

B. L'assurée a recouru contre cette décision le 16 novembre 2012, en faisant valoir que la date de retour à la normale fixée au mois de septembre 2012 par le Dr J._____ ne s'était pas concrétisée, en se fondant notamment sur un rapport du 14 novembre 2012 de la Prof. F._____, ainsi que sur un rapport du même jour des Drs H._____ et P._____, qu'elle a produits. Selon ces rapports médicaux, l'évolution de la symptomatologie ne montrait pas d'amélioration et les tests neuropsychologiques objectivaient même une aggravation. Dans ce contexte, un taux d'activité correspondant à environ un 50 % de présence et un rendement diminué apparaissait comme un taux d'activité correspondant à ses plaintes.

Le 3 mai 2013, l'assurée a encore produit un rapport du 29 avril 2013 de la Prof. F._____, laquelle avait, à la suite d'une évaluation, constaté des difficultés de mémoire de travail, un déficit modéré à sévère d'attention soutenue et d'attention divisée, ainsi qu'une symptomatologie post-traumatique importante. Par rapport à l'évaluation précédente du 23 juillet 2012, elle avait noté une accentuation des déficits attentionnels. Cette symptomatologie constituait des séquelles du TCC du 22 mars 2011, lesquelles étaient définitives. Les troubles neuropsychologiques étaient de nature à diminuer significativement la capacité de travail. Le taux actuel de 50 % paraissait possible, la Prof. F._____ déconseillant toutefois une ré-augmentation. Dans ce contexte, elle a précisé qu'il était fort probable que le rendement soit significativement diminué.

Par avis médical du 24 mai 2013, les Drs D._____ et Q._____ du SMR ont relevé que si le Dr J._____ retenait, dans son

rapport d'expertise, une capacité de travail de 50 % au moment de son examen, ce qui était convaincant, sa projection par anticipation d'une réduction de l'incapacité de travail avec un retour à une pleine capacité dès septembre 2012 ne reposait sur aucun fait ou constat objectif puisqu'elle était anticipée et que l'état de santé n'était alors pas stationnaire, c'est-à-dire stable depuis au moins trois mois.

Par arrêt du 19 août 2013 (cause AI 277/12 - 200/2013), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a admis le recours et annulé la décision du 12 octobre 2012, en renvoyant la cause à l'OAI pour complément d'instruction, en retenant en particulier ce qui suit (consid. 4)

:

« En l'espèce, la recourante fait valoir que son incapacité de travail est à tout le moins de 50 %, si bien que c'est à tort que le droit à la rente lui a été nié.

a) Se fondant sur l'expertise du Dr J._____, l'intimé a considéré qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 22 mars 2012, la capacité de travail de l'intéressée était de 50 % dans son activité habituelle de [...], de 60 % dès le 1^{er} avril 2012, de 70 % dès le 1^{er} juin 2012 et de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2012. L'expertise du Dr J._____ a toutefois été mise en œuvre par l'assureur-accidents, avec pour but de déterminer le lien de causalité entre les atteintes présentées par la recourante et l'accident du 22 mars 2011, ainsi que le date estimée du statu quo ante, que l'expert a finalement fixé à septembre 2012 sur la base d'un examen neurologique du 6 février 2012, soit sept mois auparavant. Le Dr J._____ a ainsi décrit une situation évolutive et a établi une projection de ce qui devrait selon lui correspondre à la capacité de travail de la recourante dans son dernier emploi, prévoyant une reprise à 100 % en septembre 2012. Il a toutefois admis que s'agissant en particulier de l'atteinte à l'intégrité, qui est certes une notion propre au domaine de l'assurance-accidents, il était trop tôt pour se prononcer, la situation de la recourante étant évolutive. Les Drs D._____ et Q._____ du SMR (avis médical du 24 mai 2013) ont convenu que la projection par anticipation d'une réduction de l'incapacité de travail avec un retour à une pleine capacité dès septembre 2012 ne reposait sur aucun fait ou constat objectif, puisqu'elle était anticipée et que l'état de santé n'était alors pas stationnaire, c'est-à-dire stable. Sur ce point, l'expertise du Dr J._____ ne peut dès lors être qualifiée de probante, car elle a été établie sur un pronostic, voire une supposition, qui ne pouvait être considérée comme un fait objectif.

Les pièces médicales figurant au dossier ne permettent cependant pas de poser un diagnostic précis quant à l'état de santé de la recourante (notamment le fait de savoir s'il s'est stabilisé) et de ses incidences éventuelles sur sa capacité de travail, respectivement sur sa capacité de gain depuis son accident du 21 mars 2011, notamment en raison de l'absence de lésion organique ou

d'hémorragie au niveau cérébral (rapport d'IRM cérébrale du 8 juillet 2011) ou cervical (rapport du 22 mars 2011 relatif à une capacité de travail du rachis cervical). Ainsi, dans leur rapport établi le 28 mars 2012 à l'issue de trois consultations (la dernière ayant eu lieu le 10 février 2012), les Drs H. _____ et P. _____, lesquels officient dans le cadre de la médecine du travail au S. _____, ont estimé que l'intéressée conservait une capacité de travail dans son activité de médecin [...], étant précisé que cela nécessitait des "aménagements" par l'exercice d'une activité à temps partiel et "que le taux maximal qu'elle parviendra à effectuer sera à réévaluer en fonction de l'évolution de la symptomatologie". Toutefois ces praticiens n'ont pas fixé le degré d'incapacité de travail, ni une éventuelle baisse de rendement. Dans le cadre d'un certificat médical établi le 14 novembre 2012, ils ont retenu une capacité de travail de 50 % avec baisse de rendement, sans autre précision. Quant au Dr C. _____, neurologue, il a, dans son rapport du 30 avril 2012, retenu une capacité de travail de 50 % dans l'activité exercée jusqu'ici avec un rendement de 25 %, se limitant à indiquer qu'une activité adaptée de 4 à 5 heures par jour était possible sans toutefois préciser s'il s'agissait de la future activité en cabinet de sa patiente. A la suite du rapport du 21 juillet 2011 de la neuropsychologue Z. _____ laquelle estimait que "Mme G. _____ doit pouvoir juger de l'évolution de sa capacité de travail", la recourante a été suivie par la Prof. F. _____, laquelle a, dans son rapport d'examen neuropsychologique du 23 juillet 2012, fait état de fatigabilité et de baisse de rendement possible, sans toutefois le quantifier. Dans son courrier du 29 avril 2013, la Prof. F. _____ a mis en évidence des difficultés de mémoire de travail, un déficit modéré à sévère d'attention soutenue et d'attention divisée, ainsi qu'une symptomatologie post-traumatique importante. Elle a retenu une capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement, sans toutefois en préciser l'importance. Comparativement à l'examen réalisé en juillet 2012, la Prof. F. _____ a noté que le déficit d'attention soutenue et d'attention divisée semblait s'accroître. Sur ce point, les Drs D. _____ et Q. _____ du SMR ont observé que les résultats de tests réalisés en avril 2013 au S. _____ allaient dans le sens d'un syndrome post-commotionnel sans lésion organique et semblaient en contradiction avec l'activité professionnelle de médecin spécialiste à 50 % dans un centre médical [...] d'excellence (avis médical du 24 mai 2013).

Il sied enfin de constater à l'instar du SMR que la péjoration de la situation médicale telle que retenue par la Prof. F. _____ par rapport aux premiers éléments médicaux et ce, en l'absence de lésion organique, constitue autant d'indices sérieux qui incitent à s'interroger sur l'existence d'une éventuelle problématique psychiatrique susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail de la recourante (ce d'autant que les examens d'imagerie sont dans la norme). En d'autres termes, l'évolution décrite par la Prof. F. _____ apparaît quelque peu atypique dans le contexte post-traumatique, mais elle pourrait éventuellement être expliquée par l'apparition d'une composante thymique. En tout état de cause, cette problématique n'a pas été examinée.

b) A la lumière des éléments exposés ci-avant, la Cour de céans considère qu'en l'état actuel du dossier, il subsiste des incertitudes quant à la nature des atteintes dont souffre la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail. L'instruction menée par l'intimé est donc insuffisante et ne permet pas de trancher le litige à

satisfaction de droit, ainsi que l'admet au demeurant le SMR dans son avis du 24 mai 2013, que l'intimé a fait sien. »

La cause a ainsi été retournée à l'OAI pour qu'il complète l'instruction du dossier, notamment par la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique avec volet neuropsychologique (cf. art. 44 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

C. A la suite de l'arrêt de renvoi, l'OAI a repris l'instruction du dossier de l'assurée.

Selon une note d'entretien du 27 juin 2014, l'expertise pluridisciplinaire était prévue pour le 3 octobre 2014 auprès du cabinet du Dr T._____, neurologue à [...], lequel organiserait les volets neuropsychologique et psychiatrique, le conseil de l'assurée étant d'accord avec ce choix.

La neuropsychologue M._____ a effectué son examen neuropsychologique le 13 novembre 2014. Dans son rapport du même jour au Dr T._____, elle a relevé ce qui suit :

« En conclusion, l'examen neuropsychologique a révélé la présence de troubles sévères de l'attention divisée, de troubles modérément sévères de l'attention soutenue, associés à une gestion déficitaire de l'interférence qui retentit sur la mémoire de travail et l'ensemble de l'allocation attentionnelle.

Ces troubles de l'attention s'accompagnent d'une fatigabilité qui en accroît l'expression à mesure du temps dévolu à la concentration.

Par rapport à l'examen neuropsychologique réalisé en avril 2013, le status neuropsychologique est aujourd'hui parfaitement superposable, tant pour ce qui est des fonctions attentionnelles que pour la symptomatologie post-traumatique, qui demeure importante (oublis, difficultés de concentration, maux de tête, fatigabilité).

Les troubles neuropsychologiques sont de nature à occasionner, dans l'exercice de la profession, les difficultés relevées par l'assurée au chapitre des plaintes, entraînant une diminution de la capacité de travail et du rendement. »

Le Dr T._____ a adressé son rapport à l'OAI le 19 décembre 2014. Il a en substance constaté que l'assurée présentait des troubles de la lignée attentionnelle, de la gestion de tâches multiples très nettement

modulés par le stress et la fatigue, ce qui était particulièrement notable en fin de journée, en fin de période de travail (cf. expertise, p. 33). La capacité de travail dans l'activité habituelle de [...] était de 50 %, la situation étant demeurée stationnaire depuis 2011, ce dont témoignaient toutes les évaluations neuropsychologiques effectuées. L'expert a encore relevé que l'intéressée travaillait désormais au taux de 50 % comme [...] en pratique libérale, avec une consultation au S._____ de 10 % (cf. expertise, p. 15).

Le Dr N._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a effectué une expertise psychiatrique de l'assurée, avec laquelle il a eu des entretiens les 3 et 16 octobre 2014 ; ce spécialiste s'est également entretenu avec le Dr T._____ et a pris connaissance du bilan neuropsychologique. Dans son rapport du 19 janvier 2015, le Dr N._____ n'a retenu aucun diagnostic avec ou sans effet sur la capacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique, actuellement et par le passé, la capacité de travail étant entière.

Par avis du 5 février 2015, le Dr Q._____ du SMR a estimé qu'il n'y avait pas de raison médico-asséculo-logique de s'écarter des conclusions des experts, et qu'il convenait dès lors de retenir que les séquelles de l'accident du 22 mars 2011 justifiaient une « incapacité de travail durable de 50 % dans la profession de médecin, spécialiste FMH médecine interne et [...], [...] en fin de formation à temps plein au S._____ ».

Le 6 mars 2015, le Dr Q._____ a toutefois réinterpellé le Dr T._____, afin qu'il se prononce sur la capacité de travail dans une activité adaptée, « c'est-à-dire en horaire variable avec possibilité de prendre des poses après 2 à 3 heures de travail ou au gré de l'assurée, activité de type médecin d'assurance en milieu calme et tempéré ». Le Dr Q._____ a pour le surplus posé la question suivante au Dr T._____ :

« Après relecture attentive de votre expertise, vous reprenez comme diagnostic un status après TCC avec commotion cérébrale le 22 mars 2011. Votre texte retient des empêchements professionnels à

hauteur de 50 % au motif de troubles neuropsychologiques sans substrat organique identifié et qui ont été relevés pour la première fois par un examen réalisé le 13 juillet 2011. Le Dr H. _____ retenait un syndrome post-commotionnel (26 mars 2012) (Définition : Syndrome survenant à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comportant de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool). Pour quelles raisons vous écartez-vous de cette appréciation de la médecine du travail du S. _____, problème de santé qui se rattache aux troubles subjectifs post-commotionnels sans substrat organiques (pas d'anomalies neurologiques notées à la sortie du S. _____ ; CT scan du 22.03.2011 et IRM du 08.08.2011 strictement normaux) ? »

Le Dr T. _____ a donné la réponse suivante au Dr Q. _____

le 14 avril 2015 :

« Cher Confrère,

Je vous remercie de votre courrier du 06 mars 2015 qui a retenu toute mon attention.

Vous vous posez la question d'une capacité de travail adaptée notamment en milieu plus calme et tempéré. Vous suggérez une activité de type "médecin d'assurance". Vous relevez qu'elle a présenté un TCC avec commotion cérébrale le 22.03.2011 et qu'il existe des troubles neuropsychologiques, sans substrat organique identifié. Dans ce contexte, vous vous posez la question d'un syndrome post-commotionnel "habituel". Vous vous référez notamment à une évaluation du Docteur H. _____ du 06.03.2012 [recte : 26.03.2012] afin de soutenir cette argumentation. Vous relevez la normalité du bilan neuroradiologique.

Je comprends votre questionnement dans le cadre d'un TCC "banal et bénin". Toutefois, dans ce dossier, il existe des éléments différents :

1. Je porte à votre attention que le TCC n'était probablement pas aussi "bénin" que nous pourrions l'imaginer. En effet, il convient de relever que son casque de cycliste a été cassé, qu'il existe une amnésie circonstancielle entre le moment de l'accident et son arrivée au S. _____ et qu'il y a eu des lésions associées sévères témoignant de la brutalité du choc.

2. Elle a bénéficié de nombreuses évaluations neuropsychologiques témoignant certes d'éléments entrant dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel mais aussi nous relevons l'absence d'amélioration de son état au fur et à mesure des différents contrôles effectués. Ceci a été confirmé dans le cadre de l'appréciation effectuée lors de mon expertise. Il convient d'accepter qu'il existe des lésions organiques engendrant une partie de ses troubles neuropsychologiques.

En effet, il existe une constante dans celles-ci centrée sur des troubles de l'attention importants, des difficultés de la mémoire notamment. Ces éléments doivent être valorisés malgré la normalité du bilan neuroradiologique effectué.

La conjonction de ces deux lignes de réflexions me semble suffisante pour valider les plaintes de l'assurée.

En ce qui concerne la possibilité d'une activité professionnelle adaptée, il est certain que ce type de troubles n'aura pas le même impact dans le cadre d'une activité simple, répétitive ou "automatisée". En l'état, les activités professionnelles de la Doctoresse G._____ requièrent une attention et une concentration importantes l'exposant ainsi à l'expression de ses troubles neuropsychologiques. Pour ma part, même si une autre activité adaptée serait envisageable, les troubles perdureront et engendreront probablement aussi des difficultés puisque l'ensemble de son tableau n'est pas que modulé par le stress. Les troubles existent par eux-mêmes.

En l'état, je pense donc que le cadre professionnel que l'assurée s'est organisé est le meilleur possible. »

Par avis médical du 29 mai 2015, le Dr Q._____ du SMR a estimé que le Dr T._____ ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail dans une activité adaptée et n'identifiait pas les éléments objectifs suffisants pour permettre de s'écarter d'un trouble sans substrat organique au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et troubles apparentés.

Sur le formulaire de détermination du statut qu'elle a complété le 9 juillet 2015, l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % depuis 1997. Son revenu était de 22'000 fr. par mois à 50 %, au lieu de 62'000 fr. par mois sans invalidité. A cela s'ajoutait une contribution d'entretien de 2'083 fr. par mois en 2014.

Le 9 juillet 2015, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait été [...] au S._____ jusqu'au 28 février 2012, puis, du 1^{er} mars 2012 au 31 mai 2014, [...] indépendante à 40 % chez la Dresse W._____ (avec restitution de 50 % de son chiffre d'affaires à cette dernière pour frais de mise à disposition du cabinet), avec 10 % comme médecin agréée au S._____. Depuis le 1^{er} juin 2014, elle avait les mêmes taux (40 % et 10 %), mais était indépendante à 40 % dans son propre cabinet.

La conclusion du rapport d'enquête économique pour les indépendants du 4 juillet 2016 a la teneur suivante :

« A l'issue de l'enquête effectuée pour notre assurée, il s'avère que par rapport aux activités déployées et les revenus réalisés, que celle-ci avoisine 50 % et entraînerait, si l'on retient la méthode extraordinaire, 50 %.

Si le SMR considère que la capacité de travail à reconnaître est de 50 %, le préjudice ouvre droit à une demi-rente de notre assurance. Si celui-ci estime que celle-ci n'est pas de 50 %, la pondération des champs d'activité s'opérera selon l'exigibilité médicale que celui-ci retiendra. »

Le 8 novembre 2016, l'OAI a demandé un complément d'instruction au Dr T. _____, en l'interpellant en particulier sur ce qui suit :

« Votre diagnostic en page 25 est Status après TCC avec commotion cérébrale. Nous vous avons déjà demandé des éclaircissements sur ce point puisqu'il ne s'agit pas d'un diagnostic au sens de la CIM-10 ou d'une autre classification reconnue. Votre réponse est datée du 14 avril 2015. Au point 2, vous écrivez comme seul argument pour soutenir vos conclusions "Il convient d'accepter qu'il existe des lésions organiques engendrant une partie de ses troubles neuropsychologiques". Notre fonction consistant justement à établir des conclusions reposant sur des faits et non à accepter des hypothèses, nous sommes donc dans l'obligation de vous questionner car nous ne suivons pas dans votre travail d'expertise un fil directeur qui nous conduise à votre conclusion, conclusion reposant sur une hypothèse qui consiste à évoquer de possibles lésions organiques alors qu'aucune lésion cérébrale n'a été identifiée à ce jour et, ce, depuis l'accident de 2011. Merci donc de nous préciser avec souci du détail les bases factuelles du raisonnement et le cheminement suivi pour aboutir à votre conclusion.

Dans le cas où vous démontreriez de façon convaincante, c'est-à-dire sur des éléments cliniques ayant valeurs de fait, l'existence de ces lésions organiques cérébrales et qui jusqu'ici n'ont été qu'évoquées, nous vous remercions d'avance de nous préciser quelle partie des troubles neuropsychologiques serait secondaires à ces lésions organiques comme vous l'écrivez aussi dans votre courrier du 14 avril 2015 et quelle autre partie ne le serait pas. »

Le Dr T. _____ s'est déterminé comme suit le 3 février 2017 :

« En ce qui concerne les circonstances de l'accident, votre instruction complémentaire n'a pas amené d'élément nouveau significatif. Elle confirme l'existence d'une commotion cérébrale avec une perte de connaissance et une amnésie circonstancielle. Ceci est corroboré par la destruction du casque. De ce fait, la notion de TCC avec commotion cérébrale est clairement établie et ne remet en aucune façon [en cause] mes conclusions médicales dans le cadre de mon expertise.

En ce qui concerne les allégations de l'échelle Glasgow dans le cadre de l'évaluation d'un TCC, je porte à votre attention que ceci s'intègre

dans le cadre d'une contusion cérébrale et non d'une commotion ce qui nous occupe en l'état.

Finalement, les troubles neuropsychologiques rencontrés ne sont habituellement pas identifiables en situation aiguë, expliquant ainsi le déroulement du dossier de l'assurée susmentionnée.

Enfin, vous faites mention à de nombreuses prises de position du TFA [Tribunal fédéral des assurances] qui sont très clairement d'ordre juridique et sont de votre ressort.

En ce qui concerne la partie médicale, neurologique, je maintiens l'anamnèse fournie lors de mon expertise. »

Le 17 mars 2017, le Dr Q. _____ du SMR a rédigé l'avis médical suivant :

« Notre assurée de [...] ans a été victime d'un accident de la circulation le 22 mars 2011.

L'expert neurologue T. _____ retient comme premier diagnostic un status après TCC avec commotion cérébrale (page 25) et qualifie le traumatisme crâniocérébral de l'assurée de "léger" (page 30). Il constate et écrit (page 20) que "l'évaluation neurologique est normale". Il qualifie en page 26 de "fort probable" l'impact sur la capacité de travail du conflit conjugal et/ou de la procédure de divorce. L'imagerie médicale réalisée dans les suites de l'accident et celle réalisée à distance ne montrent aucune anomalie au niveau du cerveau.

Pour sa part l'expert psychiatre [...] [recte : N. _____] s'est prononcé aux pages 15 et 16 sur la question de l'existence d'un syndrome post-commotionnel (F07.2), il l'a fait à la lumière de la jurisprudence du TFA en matière de troubles sans substrat organique, troubles assimilable à un TSD [trouble somatoforme douloureux].

Réponses aux questions :

1. Aucune pièce médicale ne démontre l'existence d'une lésion organique neurologique, et plus précisément du cerveau.

2. Ressource/degré de gravité fonctionnelle et cohérence : l'accident est survenu alors que notre assurée était [...] en [...] au S. _____ et traversait une période difficile sur le plan émotionnel/familial depuis 2008 (expertise T. _____) date de la séparation et de la mise en place des mesures de protection conjugale ; le divorce a été prononcé en août 2012. Depuis l'assurée a la garde des 3 enfants. Elle a pu dès 2012 changer le cadre de son activité professionnelle passant d'une activité uniquement salariée dans le cadre du S. _____ à une activité en pratique libérale. Activité avec un chiffre d'affaire (CA) en 2013 de l'ordre de CHF 130'000.- ; notre assurée a rapidement développé son activité libérale puisque les chiffres communiqués retiennent un CA de l'ordre de CHF 236'000.- en 2014 pour finalement dépasser CHF 300'000.- en 2015 sur un temps de travail apprécié à 40/50 % dans l'enquête pour indépendants. Parallèlement, notre assurée a gardé un contact avec le milieu universitaire sous forme d'un poste à 10 % comme attachée/agrèée au S. _____ et elle est aussi appelée à consulter auprès de l'Hôpital [...]. Elle s'est investie avec sa société professionnelle, la [...] dont elle est membre de la [...]. A titre bénévole, elle s'est aussi engagée comme directrice de la campagne nationale [...], son domaine d'excellence.

En conclusion, il convient de constater que la Dresse G. _____ est insérée socialement et professionnellement. Elle assume l'éducation de ses 3 enfants aux études et aucune difficulté familiale n'est mentionnée par l'expert psychiatre [...] [recte : N. _____]. On ne trouve donc aucune limitation uniforme du niveau d'activité dans la vie professionnelle, sociale ou familiale. L'assurée ne rapporte pas de souffrance, l'expert psychiatre ayant relevé que l'assurée avait répondu à propos de l'accident du 22 mars 2011 qu'elle avait "présenté un traumatisme cérébral mineur sans substrat organique" page 7/21.

Aucun des indicateurs standards de l'OFAS (lettre circulaire AI 339) n'est donc présent dans l'analyse de ce cas d'espèce. Nous maintenons donc nos conclusions. »

Par projet de décision du 2 mai 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à des prestations de l'AI, au motif que l'instruction n'avait pas permis d'objectiver de lésion organique neurologique, et aucune atteinte d'ordre psychiatrique n'ayant non plus été démontrée. Il a relevé pour le surplus que même si un trouble sans substrat organique devait expliquer les troubles neuropsychologiques, son examen à l'aune des indicateurs développés par la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et autres affections psychosomatiques assimilées conduirait quoi qu'il en soit à considérer que celui-ci n'est pas invalidant. Sur le plan des indicateurs se rapportant au degré de gravité fonctionnel, l'expert psychiatre avait relevé (cf. p. 7 du rapport d'expertise) que l'assurée n'était pas suivie sur le plan psychothérapeutique ni ne prenait de médication. Elle disposait en outre incontestablement de bonnes ressources, au vu du développement de son activité à 50 % de manière indépendante. Enfin, sur le plan de la cohérence, elle ne présentait pas de limitation des niveaux d'activité uniforme dans tous les domaines de la vie (garde de ses trois enfants, vie sociale conservée ainsi que des activités sportives et associatives).

Le 2 juin 2017, l'assurée a fait part de son désaccord avec le projet de décision dans la mesure où il s'écartait des conclusions de l'expertise médicale et de celles du rapport économique, estimant qu'une invalidité de 50 % y était attestée.

Par décision du 6 juillet 2017, l'OAI a nié le droit à des prestations de l'AI, en maintenant dans un courrier du même jour que

l'instruction médicale n'avait pas permis d'objectiver de lésion organique neurologique, et les indicateurs jurisprudentiels d'un trouble somatoforme douloureux ou lésions assimilées conduisant à nier quoi qu'il en soit le caractère invalidant d'une telle atteinte.

D. Par acte du 13 septembre 2017, G._____, toujours représentée par Me Elsig, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce qu'elle soit mise au bénéfice d'une demi-rente à compter du terme du délai d'attente légal. Elle a en substance fait valoir que le rapport d'expertise du Dr T._____ et l'appréciation neuropsychologique s'inscrivaient dans le prolongement des précédents rapports des médecins l'ayant examinée, tel celui de la Dresse (recte : neuropsychologue) Z._____ du 13 (recte : 21) juillet 2011, de la Prof. F._____ du 14 novembre 2012 et des Drs H._____ et P._____ de la même date. Ceux-ci étaient d'avis qu'un taux d'activité d'environ 50 % avec rendement diminué apparaissait comme compatible avec son état de santé actuel et ses limitations fonctionnelles. Pour elle, c'était dès lors en toute logique que les expertises médicales diligentées par l'AI avaient aussi abouti à une incapacité de travail constante de 50 %. Elle a encore fait valoir que le rapport d'enquête économique était parvenu au même résultat.

Dans sa réponse du 24 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, en renvoyant aux avis SMR, et en relevant que l'existence d'une lésion organique neurologique du cerveau n'étant pas démontrée et un éventuel trouble post-commotionnel étant à considérer comme non invalidant, il n'y avait pas de droit à une rente d'invalidité.

Le 29 janvier 2018, la recourante a maintenu sa position. Elle a pour le surplus requis l'audition du Dr T._____, et réservé celles de la Prof. F._____ et des Drs H._____ et P._____.

Le 12 février 2018, l'OAI a proposé une nouvelle fois le rejet du recours.

Le 26 février 2018, la recourante a soulevé qu'à la lumière des derniers événements concernant le Centre d'expertise B._____, la portée de l'expertise réalisée auprès de ce Centre en 2012 devait être grandement relativisée et la prééminence donnée à l'expertise ultérieure diligentée auprès des Drs T._____ et N._____.

Le 20 mars 2018, l'OAI a précisé s'être écarté des conclusions de l'expert T._____ ayant trait à la capacité de travail de la recourante dès lors qu'en l'absence de preuves objectives d'une lésion cérébrale et d'un diagnostic au sens de la CIM-10 ou d'une autre classification reconnue expliquant les troubles neurologiques, il avait examiné la situation à l'aune des indicateurs jurisprudentiels établis en matière de troubles sans substrat organique et conclu à l'absence d'invalidité. Pour arriver à cette position, les observations des ambulanciers ayant pris en charge l'assurée et celles des médecins du S._____ qui s'étaient occupés des suites directes de l'accident, ainsi que des examens d'imagerie cérébrale effectués à plusieurs reprises, avaient joué un rôle essentiel.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

b) Est litigieux en l'espèce le droit de la recourante à une rente d'invalidité à la suite de sa demande du 19 mars 2012.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (cf. art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique ;

en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

Selon l'art. 28 al. 2 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.

b) Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al.1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (cf. TF 8C_746/2011 du 13 mars 2012 consid. 1.2).

Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

d) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré souffrant d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tel que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65) et le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008).

Dans un arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (consid. 4.2 de l'arrêt cité et jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en

compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (consid. 3.7 de l'arrêt cité).

La preuve d'un trouble somatoforme douloureux - ou d'une affection psychosomatique assimilée - suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art, en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. Le diagnostic doit également résister à des motifs d'exclusion ; il y a ainsi lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (consid. 2.2 de l'arrêt cité, TF 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact. A lui seul, un simple comportement ostensible ne permet pas de conclure à une exagération.

Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (consid. 4.1.1 de l'arrêt cité).

Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement

dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (consid. 4.3 de l'arrêt cité).

La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (consid. 4.4 de l'arrêt cité).

4. En l'espèce, la recourante fait valoir que son incapacité de travail est de 50 %, si bien que c'est à tort que le droit à la rente lui a été nié.

L'intéressée a été victime le 22 mars 2011 d'un accident de circulation : alors qu'elle circulait à vélo, une conductrice l'a heurtée.

Le Dr C._____, neurologue traitant, a fait état d'un traumatisme crânio-cervical (cf. rapport du 3 mai 2011). Quant à l'IRM cérébrale pratiquée le 8 juillet 2011, si elle n'a pas révélé d'anomalie ni de contusion hémorragique décelable, la neuropsychologue Z._____ a toutefois constaté le 21 juillet 2011 la présence de performances limites dans le domaine visuel, et fait état d'un syndrome post-commotionnel (irritabilité, intolérance à la lumière, et au bruit dans une moindre mesure, manque d'endurance), avec une capacité de travail abaissée.

Le neurologue J._____ a diagnostiqué quant à lui le 11 avril 2012 un MTBI (Mild Traumatic Brain Injury) avec influence sur la capacité de travail, reconnaissant alors que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % horaire avec 100 % de rendement depuis le 6 février 2012 sur le plan neurologique. Ce médecin a estimé que la capacité de travail était entière dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (liées à ses difficultés de concentration et de mémorisation, ainsi qu'une fatigabilité, une sensibilité accrue au stress et un besoin de calme environnant). Il a toutefois relevé que l'accident avait entraîné un traumatisme crânio-cérébral probablement violent avec perte de connaissance, ayant nécessité une hospitalisation au S._____ où l'assurée était revenue à elle, estimant que sa capacité de travail dans son activité habituelle de [...] avait été de 50 % au 22 mars 2012, de 60 % dès le 1^{er} avril 2012, de 70 % dès le 1^{er} juin 2012 et de 100 % depuis le 1^{er} septembre 2012. Dans la mesure où l'expertise du Dr J._____ - au demeurant mise en œuvre par l'assureur-accidents avec pour but de déterminer le lien de causalité entre les atteintes présentées par la recourante et l'accident du 22 mars 2011, ainsi que la date estimée du statu quo ante - décrivait une situation évolutive et établissait une

projection de ce qui devrait selon lui correspondre à la capacité de travail de la recourante dans son dernier emploi, et qu'elle avait ainsi été établie sur un pronostic, elle n'a pas été qualifiée de probante (cf. arrêt de la Cour de céans du 19 août 2013). Les Drs D._____ et Q._____ du SMR (cf. avis médical du 24 mai 2013) avaient d'ailleurs convenu que la projection par anticipation d'une réduction de l'incapacité de travail avec un retour à une pleine capacité dès septembre 2012 ne reposait sur aucun fait ou constat objectif, puisqu'elle était anticipée et que l'état de santé n'était alors pas stationnaire, c'est-à-dire stable depuis au moins trois mois.

La recourante a été suivie par la Prof. F._____. Cette dernière a fait état dans son rapport d'examen neuropsychologique du 23 juillet 2012 de fatigabilité et de baisse de rendement possible. Dans son courrier du 29 avril 2013, elle a mis en évidence des difficultés de mémoire de travail, un déficit modéré à sévère d'attention soutenue et d'attention divisée, ainsi qu'une symptomatologie post-traumatique importante. Elle a retenu une capacité de travail de 50 % avec une diminution de rendement, sans toutefois en préciser l'importance. Comparativement à l'examen réalisé en juillet 2012, la Prof. F._____ a noté que le déficit d'attention soutenue et d'attention divisée semblait s'accroître.

La Cour de céans a constaté dans son arrêt du 19 août 2013 que la péjoration de la situation médicale retenue par la Prof. F._____ par rapport aux premiers éléments médicaux, en l'absence de lésion organique, constituait autant d'indices qui incitaient à s'interroger sur l'existence d'une éventuelle problématique psychiatrique susceptible d'avoir des répercussions sur la capacité de travail de la recourante, ce d'autant que les examens d'imagerie étaient dans la norme. Comme il subsistait ainsi des incertitudes quant à la nature des atteintes dont souffrait la recourante et à leurs conséquences sur sa capacité de travail, la décision du 12 octobre 2012 a été annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction aux plans psychiatrique, neurologique et neuropsychologique.

Il n'est pas contesté que la recourante ne présente pas d'atteinte au plan psychiatrique ; elle ne le soutient du reste pas. Il n'y a au demeurant pas lieu de remettre en cause la teneur de l'expertise, probante, du Dr N._____ : ce spécialiste s'est en effet prononcé de façon claire sur les questions qui lui étaient soumises, après avoir examiné l'assurée lors de deux entretiens, pris connaissance de son dossier, en particulier du bilan neuropsychologique établi par M._____, et s'être entretenu avec le Dr T._____.

Se pose encore la question de savoir si la recourante présente une atteinte incapacitante au plan neurologique et/ou neuropsychologique.

A cet égard, la neuropsychologue M._____ a certes indiqué dans son rapport du 13 novembre 2014 que l'examen neuropsychologique avait révélé la présence de troubles sévères de l'attention divisée et de troubles modérément sévères de l'attention soutenue, associés à une gestion déficitaire de l'interférence qui retentissait sur la mémoire de travail et l'ensemble de l'allocation attentionnelle. Ces troubles de l'attention s'accompagnaient d'une fatigabilité qui en accroissait l'expression à mesure du temps dévolu à la concentration.

Quant à l'expert T._____, il a constaté dans son rapport du 19 décembre 2014 que l'assurée présentait des troubles de la lignée attentionnelle, de la gestion de tâches multiples très nettement modulés par le stress et la fatigue, ce qui était particulièrement notable en fin de journée, en fin de période de travail (cf. rapport d'expertise, p. 33), estimant que la capacité de travail dans l'activité habituelle de [...] était de 50 %, la situation étant demeurée stationnaire depuis 2011, ce dont témoignaient toutes les évaluations neuropsychologiques effectuées.

L'expert T._____ a toutefois constaté que l'évaluation neurologique était normale (cf. rapport d'expertise, p. 20). Il n'a fait état d'aucune lésion organique, respectivement d'aucune atteinte reposant sur un substrat organique démontrable. Il a ainsi mentionné un status après

TCC avec commotion cérébrale survenu le 22 mars 2011. Comme il ne s'agit pas d'un diagnostic au sens de la CIM-10 ou d'une autre classification reconnue, l'expert a été invité par l'OAI à préciser les bases factuelles de son raisonnement. Il a alors maintenu que « la notion de TCC avec commotion cérébrale » était « clairement établie », cependant sans faire état d'une atteinte neurologique objectivable.

Or l'imagerie réalisée dans les suites de l'accident, et celle réalisée à distance, n'ont montré aucune anomalie au niveau du cerveau. Quant à l'expertise du Dr T. _____, comme les autres examens médicaux mis en œuvre, elle n'a pas permis d'objectiver de lésion organique neurologique. Bien que formellement réinterpellé sur ce point par l'intimé, l'expert n'a pas pu apporter d'éléments tendant à objectiver les atteintes alléguées. Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a examiné le cas de l'assurée à la lumière des indicateurs développés par la jurisprudence relative à l'évaluation des symptomatologies douloureuses sans substrat organique objectivable (cf. consid. 3d supra), afin de déterminer le caractère invalidant des troubles neuropsychologiques dont elle se plaint.

Or cet examen conduit à nier le caractère invalidant desdits troubles.

Dans le cadre de l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, on relèvera que l'assurée n'est pas suivie sur le plan psychothérapeutique, ni ne prend de médication. Elle dispose en outre de très bonnes ressources, et a ainsi pu développer une activité indépendante au taux de 40-50 %, qui lui a permis de réaliser un chiffre d'affaires de 130'000 fr. en 2013, puis de 236'000 fr. en 2014, et finalement de plus de 300'000 fr. en 2015 (cf. annexe 1 à l'enquête économique du 1^{er} juillet 2016). Elle a en parallèle à son activité indépendante conservé un 10 % d'activité auprès du S. _____ comme médecin agréé. Elle a été également directrice de la campagne nationale [...], et elle figurait sur le site de la [...] comme membre de la [...] (cf. enquête économique, p. 6). Sur le plan personnel, elle assume l'éducation

de ses enfants, a un compagnon, fait de la marche, les courses, joue du piano et est active durant le week-end (cf. expertise du Dr N._____, pp. 11 et 13). Aucune difficulté familiale n'est relevée par l'expert N._____.

On retiendra dès lors que l'assurée est insérée professionnellement et socialement, et qu'il n'y a pas d'éléments plaidant en faveur de limitation d'activité, que ce soit dans la vie professionnelle, sociale ou familiale.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante.

5. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b). En l'occurrence, le dossier est complet et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux réquisitions de la recourante tendant à l'audition des Drs T._____, H._____, P._____ et de la Prof. F._____, étant encore relevé que ces médecins se sont tous largement exprimés par écrit.

6. a) Le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-

VD). En l'espèce, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs.

Vu l'issue du recours, la recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario ; art. 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 6 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge d'G._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Didier Elsig (pour G._____)
- 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 :