

VD_GERICHTE ZD17.039611 vom 7. Juni 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.039611

FR: VD_GERICHTE ZD17.039611 du 7 juin 2018

IT: VD_GERICHTE ZD17.039611 del 7 giugno 2018

Erwägungen

E. 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

- 17 - 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.

- 18 - 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

- 19 - 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.

- 20 - 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

- 21 - 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 ;

- 22 - 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

- 23 - 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

- 24 - compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif 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

- 25 - 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).

- 26 - 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 1er avril 2012, de 70 % dès le 1er juin 2012 et de 100 % depuis le 1er 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

- 27 - 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.

- 28 - 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

- 29 - 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 1er 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

- 30 - 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-

- 31 - 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).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.