

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 août 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Thalmann et M. Métral
Greffière : Mme Berberat

Cause pendante entre :

R. _____, 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. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** R._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en [...], médecin spécialiste en F._____, mère de trois enfants mineurs, travaillait dans le service de F._____ de l'hôpital K._____ depuis 2007 en qualité de cheffe de clinique 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 S._____, 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 R._____, 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 S._____ et la cycliste qui s'apprêtait à quitter le giratoire en direction de [...]".

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

Dans un courrier du 3 mai 2011 au Dr X._____, neurologue traitant, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie à l'hôpital K._____, a diagnostiqué une contusion du genou gauche et du genou droit, une contusion thoracique gauche, ainsi qu'un traumatisme crâno-cérébral. 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'IRM cérébrale pratiquée le 8 juillet 2011, l'assurée ne présentait pas d'anomalie ni de contusion hémorragique décelable.

Dans son rapport médical du 21 juillet 2011 (faisant suite à un examen neuropsychologique du 13 juillet 2011) au Dr X._____, la Dresse P._____, spécialiste en neuropsychologie, 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 V._____, spécialiste en neurologie, de la Clinique G._____. 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 V._____ 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 à 60% horaire et 100% de rendement, dès le 1^{er} avril 2012, puis à 100% horaire et rendement, 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"

(p. 25-27):

"L'expert se trouve en face de Madame R. _____, âgée de [...] ans, travaillant depuis octobre 1999 en qualité de médecin F. _____ et interniste à l'hôpital K. _____.

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 à l'hôpital K. _____ où l'explorée est revenue à elle. Un scanner corps entier a permis de mettre en évidence l'absence de lésions cranio-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 MEDICAUX SUSCEPTIBLES D'INTERFERER AVEC LA CAPACITE DE TRAVAIL

- âge
- problèmes familiaux
- difficultés financières
- autres facteurs
- problèmes au poste de travail
- stupéfiants (troubles primaires)
- accident

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) R._____ 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 B._____ et Q._____, respectivement médecin-chef et chef de clinique du service

de médecine du personnel à l'hôpital K._____, 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 F._____, mais que cette activité nécessitait des aménagements qui tiennent 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 H._____ 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 l'hôpital K._____ 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 cheffe de clinique, elle percevait un salaire mensuel de 12'689 fr. 33, soit 152'272 fr. l'an.

Dans un rapport médical à l'OAI du 30 avril 2012, le Dr X._____ 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 4 et 5 heures par jour dans une activité adaptée.

L'assurée s'est par la suite installée comme F._____ indépendante à [...] où elle exerce son activité à raison de 4 demi-journées par semaine et travaille également une demi-journée par semaine comme médecin-cadre agréé à la consultation de F._____ de l'hôpital K._____ (supervision de consultations générales et spécialisées).

Au vu de ces éléments, l'OAI a soumis le cas de l'assurée à l'examen du Service médical régional de l'AI (SMR). Dans un rapport du 19 juillet 2012, le Dr M._____ du SMR, se fondant sur l'expertise du Dr V._____, a retenu que l'assurée présentait principalement un traumatisme cranio-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 M._____ 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 cheffe de clinique, 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 cheffe de clinique.

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 son conseil Me Didier Elsig, a notamment fait valoir que le rapport du 11 avril 2012 du Dr V. _____ était contredit d'une part, par celui, antérieur, du 26 mars 2012 des Drs B. _____ et Q. _____, 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. J. _____, cheffe du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'hôpital K. _____ et de la psychologue assistante O. _____, lesquelles ont estimé que la sensibilité aux interférences, les difficultés de mise à jour en mémoire de travail, le défaut 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 M. _____ du SMR ont rappelé que dans son expertise de février 2012, le Dr V. _____ 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. J._____, très peu différent de celui du 13 juillet 2011, ne permettait pas de définir une nouvelle limitation fonctionnelle. Certes, la Prof. J._____ 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. J._____ ne pouvait être retenue comme une péjoration de l'état de santé de l'assurée de nature à modifier l'appréciation du Dr V._____.

Par décision du 12 octobre 2012 (renotifiée au conseil de la recourante le 18 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. Par acte de son mandataire du 16 novembre 2012, R._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, elle fait valoir que dans la mesure où l'instruction de l'opposition LAA est en cours auprès de son assureur-accidents, la décision de l'intimé est intervenue de manière prématurée. Elle relève à nouveau que les conclusions du Dr V._____ sont contredites par celles des Drs B._____ et Q._____, ainsi que celles de la Prof. J._____, et que son droit d'être entendue a été violé, dans la mesure où l'intimé a repris à son compte l'expertise mise en œuvre par l'assureur LAA, sans qu'elle n'ait eu la possibilité de se déterminer quant au choix de l'expert et de lui poser des questions. Elle soutient en outre que la date de retour à la normale fixée au mois de septembre 2012 par le Dr V._____ ne s'est pas concrétisée, en se fondant notamment sur un rapport du 14 novembre 2012 de la Prof. J._____, ainsi que sur un rapport du même jour des Drs B._____ et Q._____, qu'elle produit. Selon ces rapports médicaux, l'évolution de la symptomatologie ne montre pas d'amélioration et les tests neuropsychologiques objectivent même une aggravation. Dans ce contexte, un taux d'activité correspondant à environ un 50% de présence et un rendement diminué apparaît comme un taux d'activité

correspondant à ses plaintes. La recourante a encore annoncé qu'un nouveau bilan neuropsychologique aurait lieu en janvier 2013.

A l'appui de son écriture du 20 décembre 2012, l'intimé a produit un avis médical du 13 décembre 2012 des Drs M._____ et D._____ du SMR, lesquels ont préconisé d'attendre les conclusions du nouveau bilan neuropsychologique avant d'envisager toute suite dans ce dossier. L'intimé a ainsi confirmé qu'il était dans l'attente du bilan neuropsychologique de janvier 2013 pour déterminer s'il y avait lieu de mettre en œuvre de nouvelles mesures d'instruction.

En cours d'instruction, le conseil de la recourante a informé la Cour que le bilan neuropsychologique auprès de la Prof. J._____ aurait finalement lieu le 23 avril 2013.

Le 3 mai 2013, le conseil de la recourante a produit un rapport du 29 avril 2013 établi par la Prof. J._____, laquelle a, 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 a 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. J._____ déconseillant toutefois une réaugmentation. Dans ce contexte, elle a précisé qu'il était fort probable que le rendement soit significativement diminué.

Dans ses déterminations du 27 mai 2013 faisant suite au rapport de la Prof. J._____, l'intimé a constaté que des mesures d'instruction étaient nécessaires, sous forme d'une expertise neurologique et psychiatrique avec volet neuropsychologique. L'intimé a joint à son envoi un avis médical du 24 mai 2013 établi par les Drs D._____ et

Z._____ du SMR, lesquels ont fait état des éléments suivants à propos de l'expertise du Dr V._____:

"(...). L'expert avait en page 20 de son rapport refusé de se prononcer sur l'atteinte à l'intégrité au motif que la situation de l'expertisée était encore évolutive. Et s'il retenait une CT [capacité de travail] de 50% au moment de son examen, ce qui est convaincant, sa projection par anticipation d'une réduction de l'incapacité de travail avec un retour à une pleine capacité dès septembre 2012, ne repose 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 3 mois".

Les Drs D._____ et Z._____ ont dès lors considéré que le dossier de la recourante devait faire l'objet d'une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise et qu'il devait être instruit à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de "syndrome sans pathogenèse ni étiologie claire et sans constat de déficit organique".

Dans ses observations du 13 juin 2013, la recourante a fait valoir que de son point de vue, les pièces au dossier permettaient de statuer et de considérer que son incapacité de travail, continue depuis avril 2012, était de 50%, ce qui devait conduire à lui allouer une rente de ce taux au moins.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (cf. 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'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

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 (cf. ATF 125 V 256 consid. 4; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). 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 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

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 V._____, 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 cheffe de clinique, 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 V._____ 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 V._____ 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 Z._____ 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 V._____ 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 un CT 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 B._____ et Q._____, lesquels officient dans le cadre de la médecine du travail à l'hôpital K._____, ont estimé que l'intéressée conservait une capacité de travail dans son activité de médecin F._____, 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 X._____, 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 P._____ laquelle estimait que "Mme R._____ doit pouvoir juger de l'évolution de sa capacité de travail", la recourante a été suivie par la Prof. J._____, 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. J._____ 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. J._____ a noté que le déficit d'attention soutenue et d'attention divisée semblait s'accroître. Sur ce point, les Drs D._____ et Z._____ du SMR ont observé que les résultats de tests réalisés en avril 2013 à l'hôpital K._____ 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 lausannois 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. J._____ 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. J._____ 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.

5. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, au vu des contradictions en cause et des lacunes d'instruction, au plan psychiatrique notamment, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de cet état de santé sur sa capacité de travail résiduelle n'ayant pu être établis de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune, ce d'autant plus que l'intimé a acquiescé à la proposition d'expertise complémentaire requise par le SMR (déterminations du 27 mai 2013). L'intimé rendra ensuite une nouvelle décision après avoir complété l'instruction du dossier par toutes les mesures propres à clarifier les points précités, notamment par la mise en œuvre d'une expertise neurologique et psychiatrique avec volet neuropsychologique (cf. art. 44 LPGA). Au vu de la carrière professionnelle de la recourante, il paraît judicieux que l'expertise pluridisciplinaire soit réalisée par des praticiens oeuvrant hors canton.

c) Compte tenu de l'issue du litige, la Cour de céans renonce à examiner les autres arguments invoqués par la recourante.

6. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.

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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1^{bis} LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. à la charge de l'intimé débouté.

La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'intimé.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision rendue le 12 octobre 2012 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision.
- III.** Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à R. _____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Elsig (pour la recourante), avocat à Lausanne,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé), à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne,

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 :