

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 janvier 2018

Composition : M. NEU, président
MM. Gutmann et Berthoud, assesseurs
Greffière : Mme Kuburas

Cause pendante entre :

C. _____, à [...], recourante, représentée par Me Michel Chevalley, avocat
à Nyon,

et

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

Art. 87 al. 2 et 3 RAI

E n f a i t :

A. ._____C._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], exerçait une activité en tant que chargée de formation auprès de l'I._____ (ci-après : l'I._____) anciennement la [...] ([...]) depuis le 1^{er} septembre 2008. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de W._____ (ci-après : W._____).

De la déclaration d'accident LAA du 29 juin 2009, il ressort que l'assurée a reçu, le 20 juin 2009, un coup de coude à la tête lors d'un stage de karaté provoquant une commotion cérébrale. Les premiers soins ont été donnés par son médecin traitant, le Dr L._____, lequel a attesté une incapacité de travail de 100 % depuis le 25 juin 2009.

Dans un rapport du 29 juin 2009 consécutif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) et une angio-IRM (ARM) cérébrale, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a conclu que l'IRM cérébrale était sans particularité et qu'il n'y avait pas de lésion post-traumatique crânio-cérébrale.

Par courrier du 7 juillet 2009 adressé à l'assurée, W._____ a confirmé la prise en charge du cas.

Le 12 janvier 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), faisant état d'un traumatisme crânio-cérébral existant depuis le 20 juin 2009 à la suite d'un accident.

Le 3 février 2010, la Dresse E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a transmis son rapport à l'OAI, aux termes duquel elle a posé les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral avec signes de souffrance du tronc cérébral et un syndrome central vestibulaire. Elle a en outre attesté une incapacité de travail de 100%.

Dans un rapport du 17 février 2010 adressé à l'OAI, le Dr L._____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état post-commotionnel avec signes de souffrance du tronc et de syndrome vestibulaire central, existant depuis l'événement survenu le 20 juin 2009. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % du 25 juin 2009 au 10 janvier 2010 et de 80 % depuis le 11 janvier 2010. Sur ce point, il a précisé que l'assurée reprenait progressivement son travail, sans toutefois pouvoir déterminer la date à laquelle elle retrouverait une capacité de travail de 100 %. En annexe à son rapport, le Dr L._____ a produit les rapports suivants :

- un rapport du 10 août 2009 des Drs M._____ et P._____, médecins au Service d'Ophtalmologie aux Q._____, retenant que le status neuro-ophtalmologique était dans la norme et qu'ils préconisaient une consultation en oto-rhino-laryngologie (ORL) afin d'exclure un syndrome vestibulaire périphérique,
- un rapport du 22 décembre 2009 du Prof. Y._____, spécialiste en neurologie, aux termes duquel ce médecin a posé les diagnostics d'état post-commotionnel avec discrets signes de souffrance du tronc et de syndrome central vestibulaire en amélioration. A cet égard, il a relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable et qu'il fallait attendre trois à six mois pour une stabilisation de la situation. Il a ainsi proposé la reprise de son activité professionnelle à 20 % dès le mois de janvier 2010, en soulignant l'importance de ne pas travailler plus de trois heures par jour durant les deux premières semaines et en ayant un jour de repos le lendemain.

Dans un rapport du 23 août 2010, le Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et nouveau médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics d'état post-commotionnel avec signes de souffrance

du tronc cérébral et de syndrome vestibulaire central, existant depuis le 20 juin 2009. Il a attesté une incapacité de travail de 100 % du 25 juin 2009 au 10 janvier 2010, de 80 % du 11 janvier 2010 au 11 avril 2010, de 70 % du 12 avril 2010 au 30 mai 2010 et de 60 % depuis le 31 mai 2010, tout en précisant qu'une augmentation de la capacité de travail à 50 % était espérée. Il a en outre énuméré les limitations fonctionnelles suivantes :

« (...)

Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes ?

- Difficultés de concentration en raison de la fatigue liée à des activités de la vie quotidienne et encore plus lors d'activités liées à son travail ;
- Hypersomnie se manifestant par une impossibilité de se lever tôt le matin, besoin d'horaires réguliers et parfois siestes nécessaires en fonction des efforts fournis ;
- Impossibilité d'effectuer du calcul mental élémentaire ou de séquencer une planification mentalement (par ex : horaires bus-train-tram) ;
- Difficultés à effectuer plusieurs tâches simultanément et surtout à agir dans l'urgence ;
- Hypersensibilité aux bruits, aux mouvements rapides vécus et/ou dans le champ visuel, ainsi qu'à la forte luminosité et aux variations de luminosité ;
- Limitation de la lecture à 30 minutes/jour en moyenne pour autant qu'il n'y ait pas d'autre activité et que les caractères soient suffisamment gros ;
- Conduite autorisée seule uniquement entre son domicile et la gare de [...] ou bien entre le domicile et [...], soit $\frac{3}{4}$ du chemin à effectuer pour se rendre à son travail et nécessite une pause surtout à son retour à domicile ;
- Travail sur ordinateur quasiment impossible à ce jour ;
- Difficulté à tout effort physique sous forme de secousses, vibrations, agitation. »

Dans son rapport du 21 février 2011 adressé à l'OAI, le Dr T._____ a noté que la situation évoluait de manière favorable et que l'assurée avait progressivement augmenté son activité professionnelle à 50 % depuis le 27 septembre 2010 et à 60 % depuis le 10 février 2011, sans pour autant entraver les améliorations présentes. Il a toutefois relevé des difficultés de la part de l'assurée à supporter des scènes visuelles, une certaine fatigabilité à la concentration visuelle avec une impression subjective de difficulté d'accommodation, des difficultés à coordonner les

deux mains en tapant à la machine et une hypersensibilité à la forte luminosité.

Le 20 mai 2011, le Dr T. _____ a adressé à l'OAI un rapport, aux termes duquel il a de nouveau mentionné que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était globalement - mais très lentement - favorable. A cet égard, il a précisé qu'une augmentation d'activité à 70 % était prévue dès le 6 juin 2011.

Par avis du 15 juin 2011, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie au Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a également relevé que l'évolution de l'état de santé de l'assurée était favorable, avec une reprise de l'activité à 60 % depuis le 10 février 2011, et qu'une augmentation à 70 % était prévue dès le 6 juin 2011. Sur ce point, ce médecin a considéré que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et qu'il fallait actualiser les informations au mois d'août 2011.

Le 22 août 2011, le Dr T. _____ a adressé à l'OAI son rapport, dans lequel il a noté que l'évolution de l'état de santé de l'assurée continuait d'être favorable et que le taux d'activité de cette dernière avait augmenté à 70 % dès le 6 juin 2011, comme envisagé. A ce sujet, ce médecin a précisé que l'assurée était parvenue à stabiliser ce taux d'activité et qu'une augmentation à 80 % dès le 20 septembre 2011 était prévue.

Par avis du 17 octobre 2011, le Dr B. _____ a indiqué que l'assurée présentait une capacité de travail de 80 % dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Il a en outre précisé que les limitations fonctionnelles de l'assurée étaient les suivantes : « fatigabilité, hypersomnie, baisse de concentration, difficultés de coordination des mains, sensibilité à la lumière ». Il a ajouté que rien n'indiquait que l'assurée travaillait au-dessus de ses forces.

Par projet du 15 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer trois-quarts de rente du 1^{er} juillet 2010 au 31

décembre 2010, une demi-rente du 1^{er} janvier 2011 au 31 mai 2011 et un quart de rente du 1^{er} juin 2011 au 30 septembre 2011. Il a ensuite indiqué que le droit de l'assurée s'éteignait au 1^{er} octobre 2011, dès lors que son taux d'invalidité était inférieur à 40 %.

Par courrier du 22 novembre 2011, le H. _____ (H. _____) a adressé à l'OAI une demande de prise en charge de moyens auxiliaires (logiciel ZoomText et voix synthétique RealSpeak, scanner et logiciel OCR Omnipage, le conseil et l'installation des moyens sur l'ordinateur professionnel) dans le but de permettre à l'assurée d'utiliser à nouveau un ordinateur, de retrouver une autonomie et une efficacité plus grandes.

Par courrier du 2 décembre 2011 adressé à l'OAI, le Prof. Y. _____ a attesté que l'assurée présentait deux types de séquelles : une séquelle vestibulaire centrale dans un contexte de souffrance discrète du tronc cérébral avec syndrome alterne et des troubles visuels avec fatigabilité, difficulté d'accommodation et problème de poursuite oculaire. Les causes de ces difficultés étant diverses, le Prof. Y. _____ a tout de même précisé qu'il existait une composante vestibulaire et une composante plus ophtalmologique liée aux spasmes ciliaires. Il a dès lors préconisé des moyens auxiliaires informatiques adaptés à l'activité professionnelle de l'assurée.

Par décision du 6 mars 2012, l'OAI a confirmé son projet de décision du 15 novembre 2011.

Par communication du 16 mars 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer le droit à des moyens auxiliaires.

Mandaté par W. _____, le Prof. V. _____, spécialiste en ophtalmologie, a adressé son rapport d'expertise le 8 août 2014, dont on extrait notamment ce qui suit :

« (...)

1. Anamnèse depuis votre dernier examen :

- Dans l'ensemble, la qualité de vie de cette patiente s'est améliorée depuis 2012, selon elle. L'amélioration porte, notamment, sur la photophobie et, de manière moindre, sur la gêne engendrée par les mouvements autour d'elle
- Peut maintenant travailler à l'ordinateur sans avoir besoin d'un filtre sur son écran (légère amélioration de la photophobie)
- A pu diminuer le nombre de filtres (2 au lieu de 5) sur ses lunettes, en raison de la légère amélioration de la photophobie
- Dans son logement, elle ne port pratiquement jamais ses lunettes, le confort visuel s'étant amélioré ; par contre, à l'extérieur, elle porte constamment des lunettes équipées de filtres
- Peut lire actuellement environ 15 minutes au maximum, puis surviennent les symptômes de nausées/vertigineux (durant ces jours, elle n'ose pas conduire par exemple)

L'écriture est relativement normale, elle n'a pas de limitation dans la durée et la quantité de l'écriture, par contre, la relecture de sa propre écriture pose les mêmes problèmes que la lecture d'un texte dans un livre ou sur l'ordinateur (limitée à 15 minutes maximum)

- Elle utilise son ordinateur au minimum, et cette patiente trouve beaucoup plus facile de lire l'écran de l'i-phone, probablement en raison de la petite taille (moins de mouvements oculaires nécessaires pour scanner l'écran). Si elle a beaucoup de texte à lire sur l'ordinateur, elle utilise un programme de scannage automatique et vocalisation du texte
- La conduite du véhicule est possible durant environ 30 minutes, en évitant les villes ou les endroits de trop forte circulation. Par train, les déplacements sont possibles mais seulement si elle est dans le sens de la marche du train. Il lui est inimaginable de penser prendre l'avion ou le bateau. Mme C._____ est toujours très gênée par les mouvements autour d'elle (par exemple mouvements de foule dans un grand magasin ou dans une gare). Elle a tenté d'aller au cirque mais avec des problèmes de nausées/vertiges importants. Elle ne peut toujours pas regarder de film au cinéma ou à la télévision en raison des symptômes qui sont engendrés par les mouvements sur l'écran.

Jusqu'en 2012, Mme C._____ travaillait à 100 % dans son entreprise, dans le département des Ressources Humaines. Ce travail à 100 % était possible en raison des adaptations suivantes :

- Télétravail à domicile à 40 % (2 jours pleins) et 60 % de travail présentiel dans son entreprise (3 jours pleins)
- Horaires adaptés lors des 60 % présentiels (débutait plus tard et finissait plus tard que l'horaire habituel)
- Inversion de contraste sur l'écran de l'ordinateur
- Travaillait avec un « écho vocal » (scanning automatique et vocalisation du texte)
- Ecran tactile ne nécessitant donc pas la présence d'une souris.

Mme C._____ a accouché le 21.1.2013 d'une petite fille ([...]) et elle allaite encore. D'entente avec son employeur, elle a pris un congé parental de 2 ans pour reprendre dans son entreprise dans le

Département RH en juillet 2015. Toujours d'entente avec son employeur, elle a choisi de reprendre son travail à 50 % (qui seront 50 % présentiels) pour des raisons familiales. Pour le futur, Mme C._____ a aussi des projets de surformation/spécialisation dans son domaine de compétence.

(...)

3. Constatations et diagnostics exacts ?

(...)

Diagnostics : - Minime neuropathie optique droite
- Reste du status neuro-ophtalmologique normal
- Vertiges visuels

4. Appréciation générale ?

(...)

- Le pronostic général est à mon avis favorable, étant donné la constante, mais lente, amélioration des symptômes de cette patiente. De plus, cette patiente est extrêmement motivée pour progresser, reprendre son activité professionnelle (interrompue à cause de la grossesse/accouchement puis de manière volontaire d'entente avec son employeur), et aussi pour se perfectionner. Actuellement, il n'y a aucune raison de lui proposer une réorientation professionnelle, si les conditions de travail/adaptation du lieu de travail susmentionné sont respectées.
- Les limitations fonctionnelles découlent des symptômes susmentionnés, incluant une limitation du temps de lecture maximum, une gêne occasionnée par certains types d'éclairage, des déplacements rendus plus difficiles/limités, illumination produite par certains types d'écrans d'ordinateur, activités de jeux avec sa fille.

(...)

9. Capacité de travail :

9.1 Appréciation de la capacité de travail de Mme C._____ dans son activité professionnelle de responsable de la formation interne en considérant l'occupation exercée jusqu'à maintenant de 100 % ? Degré, durée et pronostics ?

La capacité de travail de Mme C._____ dans son activité professionnelle de responsable de la formation interne est de 100 %. Cette activité à 100 % n'est rendue possible qu'en raison de l'aménagement du temps de travail (60% présentiel et 40 % télétravail à domicile) et aussi de l'arrangement du lieu de travail (essentiellement matériel informatique).

Tant l'arrangement horaire que l'adaptation du lieu de travail ont été nécessités en raison de l'accident du 20.6.2009.

(...)

9.2 Appréciation de la capacité de travail de Mme C._____ dans son activité professionnelle de responsable de la formation interne en considérant une occupation de 50 % ?

En considérant une occupation à 50 %, la capacité de travail de Mme C._____ est toujours de 100 %.

9.3 Dans quelles activités (p. ex. résistance physique, capacité de concentration et d'attention, etc.), Indépendamment de l'activité professionnelle exercée avant l'accident, Mme C._____ est-elle limitée ? Dans quelle étendue (temps, prestation) en considérant une occupation à plein temps ?

Les limitations de Mme C._____ ont déjà été détaillées mais se résument ainsi :

- temps de lecture limité
- déplacements limités
- gêne occasionnée par certains types d'éclairages/certains types d'écrans
- toute activité se déroulant dans un milieu où il y a beaucoup de mouvements.

(...). »

Le 16 juin 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI faisant état d'un traumatisme crânio-cérébral et d'un conflit visuo-vestibulaire existant depuis le mois de juin 2009.

Le 20 mai 2015, le Prof. Y._____ a adressé son rapport au Dr T._____, aux termes duquel il a posé les diagnostics de vertiges visuels, discrètes séquelles de syndrome post-commotionnel et neuropathie optique droite post-traumatique. Il a précisé que l'assurée ne pouvait pas travailler plus de 50 % et qu'il fallait attendre de voir si une incapacité de travail à long terme devait être considérée.

Dans son rapport du 6 octobre 2015 adressé à W._____, le Prof. C._____ a estimé que l'exercice d'une activité professionnelle était possible, uniquement si des adaptations étaient mises en place (utilisation de tablettes, adaptation de filtres pour les yeux, télétravail et soutien pour la lecture et la dictée). Il a en outre précisé que l'assurée avait pu travailler à 100 % auparavant, parce que son énergie était complètement orientée sur le travail au détriment de toute activité familiale et sociale.

Par avis du 30 octobre 2015, le Dr F._____, médecin au SMR, a conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 16 mars 2012, ni de nouvelle atteinte incapacitante, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la demande de prestations déposée le 16 juin 2015.

Par projet du 3 novembre 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations du 16 juin 2015. Dans sa motivation, l'OAI a expliqué que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis leur décision du 6 mars 2012. A ce sujet, il a précisé qu'il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.

Le 29 janvier 2016, l'assurée, représentée par son conseil, a formulé ses observations quant au projet de décision de l'OAI précité. Elle a fait valoir que tant ses médecins traitants que l'expert mandaté par W._____ avaient évalué sa capacité de travail à 50 % maximum. Elle expliqua que la reprise de son activité professionnelle n'avait été possible que grâce aux aménagements de son poste de travail. Toutefois, son employeur avait décidé de révoquer ces adaptations - le télétravail, les horaires libres, le binôme avec une secrétaire et l'aménagement de son cahier des charges - au terme de son congé parental au mois de juillet 2015. Elle était ainsi contrainte de reprendre son activité professionnelle à plein temps sans aucune adaptation, ce qui était impossible au vu des limitations fonctionnelles. Soutenant que le marché de l'emploi actuel ne proposait pas de poste adapté à ses limitations fonctionnelles, elle a considéré qu'elle ne pouvait exercer aucune activité professionnelle, même à temps partiel. Ainsi, le taux d'invalidité s'élevant à 100 %, elle devrait se voir octroyer un droit à une rente entière à compter du 17 juillet 2015.

Par avis du 19 février 2016, le Dr F._____ du SMR a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, sous réserve d'adaptations, et qu'il n'y avait donc pas d'aggravation sur le plan médical. Il a en outre précisé que la reprise de travail considérée limitée à 50 % dès le mois de juillet 2015, s'expliquait pour des raisons familiales et non médicales.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 20 janvier 2017 entre l'OAI et l'I._____, que ce dernier avait pris la décision de licencier l'assurée pour la fin du mois de juillet 2017.

Le 20 janvier 2017, le service de réadaptation de l'OAI a établi son rapport final, aux termes duquel il s'est référé aux avis des 30 octobre 2015 et 19 février 2016 du Dr F._____ du SMR, lequel a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, sous réserve d'adaptations, et qu'il n'y avait donc pas d'aggravation sur le plan médical. Le service de réadaptation a en outre précisé que l'assurée pouvait faire une demande de moyens auxiliaires en fonction des besoins du prochain poste de travail et que l'aptitude à la réadaptation restait similaire dans un poste adapté. Le service a enfin procédé à la comparaison des revenus pour établir le degré d'invalidité de l'assurée, lequel s'élevait à 15,70 %.

Par décision du 23 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet du 3 novembre 2015.

B. Par acte du 2 mars 2017, C._____, sous la plume de son conseil, a interjeté recours auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 23 janvier 2017, en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} juillet 2015, et subsidiairement à sa réforme en ce sens qu'une rente d'invalidité à 50 % à compter du 1^{er} juillet 2015 lui soit octroyée. A l'appui de sa contestation, la recourante soutient qu'elle présente une incapacité de travail totale de 100 % dans toute activité et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle explique que la reprise de son activité professionnelle en 2012 n'avait été possible que grâce aux aménagements mis en place par son employeur (adaptation de son poste de travail et de son emploi du temps) et aux moyens auxiliaires octroyés par l'intimé, mais que ce n'était pas viable sur le long terme. De plus, son employeur ayant retiré tous ces aménagements à son retour de congé parental, elle se retrouve depuis le mois de juillet 2015 en

incapacité de travail de 100 %. Ainsi, elle considère que sa situation s'est modifiée depuis la décision du 6 mars 2012, de sorte qu'il est nécessaire de réexaminer son droit à une rente d'invalidité. Enfin, elle estime que le marché de l'emploi actuel ne propose pas de poste adapté à ses limitations, à savoir un poste de travail avec des horaires libres et du télétravail sur deux jours par semaine.

A l'appui de son recours, elle a produit divers rapports médicaux, dont notamment les suivants :

- un rapport du 10 décembre 2016 du Dr T._____, posant le diagnostic de conflit visuo-vestibulaire séquellaire d'une atteinte du tronc cérébral uniquement secondaire à un accident du 20 juin 2009 avec des limitations visuelles (temps de lecture limité, déplacements limités, gêne occasionnée par certains types d'éclairages et certains types d'écrans, toute activité se déroulant dans un milieu où il y a beaucoup de mouvements ou de défilement visuel, de poursuite oculaire), retenant une incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle sans adaptation du poste de travail et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, et précisant que la reprise de travail à 100 % avant la grossesse de la recourante n'avait été possible que parce qu'elle avait consacré toute son énergie au travail au détriment de toute activité familiale et sociale,
- un rapport du 3 mars 2017 du Prof. Y._____, retenant une capacité de travail résiduelle uniquement si des adaptations au déplacement et aux lectures d'écran ou de papier étaient mises en place et considérant une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée,
- un courrier du 4 mars 2017 du Dr T._____, indiquant que la recourante présente une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée et non une capacité de 100 %.

Dans sa réponse du 28 avril 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours, en maintenant sa position. Il considère que la capacité de travail de la recourante est restée la même et qu'il existe suffisamment de possibilités d'emplois adaptés ou adaptables.

Par réplique du 18 mai 2017, la recourante soutient que les offres d'emploi susceptibles de convenir à son état de santé sont faibles, voire nulles. Pour le surplus, elle confirme l'ensemble de ses conclusions prises dans son mémoire de recours. Elle requiert en outre une expertise médicale afin de démontrer que sa situation s'est modifiée depuis la décision de l'intimé du 6 mars 2012.

Dans sa duplique du 8 juin 2017, l'intimé a derechef conclu au rejet du recours.

C. Une audience d'instruction a été tenue le 19 juillet 2017, au cours de laquelle les parties ont été entendues et lors de laquelle la recourante a confirmé être sans emploi.

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'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) Est litigieux dans le cas d'espèce le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 16 juin 2015. Il conviendra de se prononcer sur le point de savoir si l'intéressée a rendu plausible une modification significative de son degré d'invalidité entre la décision rendue le 6 mars 2012 et la

décision litigieuse, qui justifierait la révision de son cas eu égard aux pièces médicales produites par devant l'intimé, ceci aux conditions qui seront énoncées au considérant 4 ci-après.

3. Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

Est réputée incapacité de travail 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 (art. 6 LPGA).

4. a) Aux termes de l'art. 87 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (cf. art. 8 LPGA) de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI prévoit que lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions de l'al. 2 sont remplies.

Ces dispositions doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles

l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 et les références citées ; TF 9C_67/2009 consid. 1.2 et les références citées). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation et ne constitue pas un motif de révision (ATF 112 V 72 consid. 2b ; AVR 1996 IV n° 70 p. 204 consid. 3a et les références citées).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit ainsi commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 précité consid. 1.2). Par contre, lorsque, comme en l'espèce, l'administration entre en matière sur la nouvelle demande après un précédent refus de prestations, selon l'art. 87 al. 3 RAI, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (cf. ATF 133 V 108 ; 130 V 71 consid. 3.2). Si l'administration constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à des prestations et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (cf. TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). Selon la jurisprudence, tout changement important des circonstances, propre à influencer le taux d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut

être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al .1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (ATF 125 V 195 consid. 2 ; 122 V 158 consid. 1a et les références citées).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations, elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré (ATF 130 V 64 consid. 2). Par analogie avec la révision (art. 17 LPGA), pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations (respectivement la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente) et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 71 c. 3.2.3; pour le tout TF 9C_699/2011 du 21 mai 2012 c. 2).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de

nature à rendre plausibles les faits allégués (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 ; 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3).

Dans un litige relatif à une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge des assurances sociales est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Le juge doit donc examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 précité ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 ; TFA 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2).

c) On ajoutera que la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit, constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

5. Pour se prononcer sur l'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, 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 (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4 et les références citées).

6. Dans le cas d'espèce, l'intimé a considéré dans le cadre de sa décision du 23 janvier 2017 que la recourante n'avait pas rendu vraisemblable que l'état de fait s'était modifié de manière essentielle depuis leur dernière décision du 6 mars 2012, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur sa nouvelle demande du 16 juin 2015.

a) L'intimé a fondé la décision entreprise sur les conclusions du Dr F. _____ du SMR (cf. avis des 30 octobre 2015 et 19 janvier 2016), lequel a retenu que la recourante présentait une capacité de travail de 100 % dans son activité habituelle, sous réserve d'adaptations, et qu'il n'y avait donc pas d'aggravation de son état de santé, ni de nouvelle atteinte incapacitante depuis la décision du 6 mars 2012. Il a en outre précisé que la reprise de travail considérée limitée à 50 % dès le mois de juillet 2015 par le Prof. Y. _____ et le Dr L. _____, s'expliquait pour des raisons familiales et non médicales.

La recourante, pour sa part, soutient qu'elle présente une incapacité de travail totale dans toute activité et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle se fonde notamment sur les appréciations du Dr T. _____ (cf. rapport du 10 décembre 2016 et courrier du 4 mars 2017) et du Prof. Y. _____ (cf. rapports des 20 mai 2015, 6 octobre 2015 et 3 mars 2017).

En outre, la recourante explique que la reprise de son activité professionnelle en 2012 n'avait été possible que grâce aux aménagements extraordinaires mis en place par son employeur et aux moyens auxiliaires octroyés par l'intimé. Aménagements que son employeur a retirés au terme de son congé parental en juillet 2015, estimant ainsi se retrouver en incapacité de travail totale. Partant, elle considère que sa situation s'est modifiée, de sorte qu'il se justifie de réexaminer son droit à la rente.

b) A l'examen du dossier, on constate que les diagnostics retenus par les différents médecins intervenus dans la présente cause sont largement superposables. En effet, ils s'entendent à dire que la recourante présente des vertiges visuels avec des discrètes séquelles de syndrome post-commotionnel et une neuropathie optique droite post-traumatique. Il y a également un consensus concernant les limitations fonctionnelles de la recourante à savoir un temps de lecture limité, des déplacements limités, une gêne occasionnée par certains types

d'éclairages / certains types d'écrans et toute activité se déroulant dans un milieu où il y a beaucoup de mouvements.

Ainsi, avec le SMR, suivi par l'intimé, il faut convenir que la situation de l'intéressée ne s'est pas modifiée sur le plan médical. En effet, son état de santé n'a pas connu de péjoration ni de nouvelle atteinte depuis le 6 mars 2012 (décision litigieuse), les séquelles persistantes de l'atteinte accidentelle du 20 juin 2009 demeurent les mêmes, toute comme les limitations fonctionnelles en résultant, comme en conviennent également les médecins traitants de la recourante.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé n'est pas entré en matière sur la demande de prestations du 16 juin 2015 s'agissant de l'aspect médical.

c) Il est patent que la décision du 6 mars 2012 de rente limitée dans le temps a été rendue en renvoyant la recourante à son activité habituelle avec une capacité de travail qui n'était réputée pleine et entière que compte tenu du contexte très particulier de l'aménagement du poste de travail mis en place par son employeur, à savoir un support informatique d'une part et un mode de travail (flexibilité de l'horaire, télétravail, binôme avec une secrétaire et aménagement du cahier des charges) d'autre part. La décision en question fut du reste couplée avec une décision d'octroi de moyens auxiliaires (décision du 16 mars 2012) utiles à l'aménagement du poste de travail et propres à l'adapter aux limitations fonctionnelles (lunettes et support informatique).

Or, il ressort de l'entretien téléphonique du 20 janvier 2017, que l'I. _____ a informé l'OAI de son intention de licencier l'assurée pour la fin du mois de juillet 2017. Perte d'emploi confirmée par la recourante lors de l'audience d'instruction du 19 juillet 2017. Ainsi, il faut constater que cet élément (perte de son emploi) est postérieur à la décision litigieuse du 23 janvier 2017. Certes, selon la jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été

rendue (cf. consid. 4b supra). Néanmoins, des faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les références citées ; TFA I 409/00 du 13 mars 2001 consid. 2).

Tel était le cas de la perte de l'emploi que la recourante occupait depuis le 1^{er} septembre 2008 et qui avait été adapté par l'employeur à la suite de son atteinte accidentelle, ce qui impliquait indéniablement une modification de sa situation, du moins sur le plan économique, et justifiait une entrée en matière quant à l'examen du droit à une rente. On observe du reste que la perte de l'emploi était connue de l'intimé le 20 janvier 2017, telle qu'annoncée par l'employeur, soit avant que la décision litigieuse soit rendue.

En pareilles circonstances, il convient de considérer que l'OAI aurait dû traiter la nouvelle demande de la recourante et procéder à toutes les mesures d'instruction qui s'imposent, en particulier sur le plan économique, en entreprenant les mesures d'instruction utiles (cf. art. 43 LPGGA).

Partant, il y a lieu d'annuler la décision attaquée et de renvoyer la cause à l'intimé pour entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.

7. a) Il résulte de ce qui précède, que la décision attaquée s'avère mal fondée. Il y a donc lieu d'admettre le recours et de renvoyer la cause à l'intimé pour entrer en matière sur la nouvelle demande, soit déterminer la capacité de gain effective de l'intéressée, au regard des circonstances particulières de son cas.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGGA, 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. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un conseil, a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr., compte tenu de la difficulté et de l'ampleur de la procédure, notamment vu la tenue d'une audience, (art. 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). Ce montant est mis à la charge de l'OAI.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 23 janvier 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour entrer en matière sur la demande de prestations déposée par C._____ le 16 juin 2015.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à C._____ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Michel Chevalley (pour C. _____), à Nyon,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, 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 :