

VD_FINDINFO AI 17/08 - 25/2012 vom 12. Januar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-01-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_17_08_-_25_2012

FR: VD_FINDINFO AI 17/08 - 25/2012 du 12 janvier 2012

IT: VD_FINDINFO AI 17/08 - 25/2012 del 12 gennaio 2012

Regeste

MESURE D'ORDRE PROFESSIONNEL, RENTE D'INVALIDITÉ, INVALIDITÉ{INFIRMITÉ}, COMPARAISON DES REVENUS, FORCE PROBANTE, ADMINISTRATION DES PREUVES, TRAUMATISME CERVICAL | 28 al. 1 LAI, 8 al. 1 LAI, 8 al. 3 let. b LAI, 16 LPGA, 44 LPGA, 57 LPGA, 6 LPGA, 60 LPGA, 61 let. b LPGA, 61 let. c LPGA, 61 let. g LPGA, 7 al. 1 LPGA, 8 LPGA, 117 al. 1 LPA-VD, 50 LPA-VD, 55 LPA-VD, 79 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD, 99 LPA-VD

Erwägungen

E. 7

septembre 2006, par jugement du 6 octobre 2009 (CASSO AA 134/06 – 78/2009, du 6 octobre 2009). Pour sa part, l'OAI a rendu une décision de refus de prestation le 23 février 2006, qu'il a confirmée, sur opposition, le 27 novembre 2007. En substance, il s'est référé à l'expertise réalisée par les Drs L._____, K._____ et I._____ et a considéré que l'assuré ne présentait pas d'atteinte somatique ou psychiatrique ayant entraîné une incapacité de travail notable pendant une année au moins. Les difficultés d'ordre neuropsychologique constatées au niveau de l'attention et de la mémoire n'étaient dues que dans une mesure limitée à une atteinte à la santé somatique ou psychique; mais l'intensité des déficits était liée à des facteurs d'ordre psychosociaux qui ne constituaient pas une atteinte à la santé ouvrant droit à des prestations de l'assurance-invalidité. C. a) P._____ a recouru contre la décision sur opposition rendue le 27 novembre 2007 par l'OAI. Il en a demandé l'annulation et a conclu à la condamnation de l'intimé "à verser [...] les prestations découlant de la LAI [loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20] en rapport avec l'accident du 7 janvier 2004 [...]." Dans sa réponse du 21 février 2008, l'intimé a conclu au rejet du recours. b) Le 1^{er} février 2010, le recourant s'est déterminé et a requis la désignation d'un institut de niveau universitaire pour la réalisation d'une expertise judiciaire. Il a maintenu ses conclusions pour le surplus. L'intimé a également confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours par acte du 4 mars 2010. c) Le 11 janvier 2011, le recourant a produit un rapport d'examen neuropsychologique établi le

E. 10

novembre 2010 par les Drs B._____, F._____ et C._____. Ceux-ci se réfèrent à une imagerie par résonance magnétique cérébrale (IRM cérébrale) réalisée le 23 décembre 2008 par le Dr M._____ et révélant trois lésions situées dans l'axe blanc fronto-basal et temporal gauche, compatibles avec des séquelles hémorragiques de lésions axonales post-traumatiques. Le bilan neuropsychologique réalisé à la suite de ce constat a mis en évidence un ralentissement dans les tâches chronométrées (dénomination simple et en conflit avec la lecture, fluence verbale littérale, temps de réaction à l'alerte tonique), associé

à une baisse des performances mnésiques en modalité verbale (empan et mémoire antérograde verbale). Cette symptomatologie s'insérait dans le contexte d'un syndrome douloureux et de plaintes post-traumatiques. Le recourant a également produit un rapport du 22 novembre 2010 du Dr V. _____, chef de clinique au Département de neurosciences cliniques du [...] ([...]). Ce médecin a posé les diagnostics suivants: " - Traumatisme d'accélération-décélération crânio-cervicale avec distorsion cervicale grade II (QTF) et probable traumatisme cérébral associé; troubles neuropsychologiques, végétatifs et lombosciatalgies L4-L5 D, sur accident de la circulation le 07.01.2004, - Etat dépressif récurrent; trouble somatoforme indifférencié en 2009, troubles de l'adaptation en 2005, - Episode de burnout en octobre 2003, - Diabète de type II non traité, - Diverticules à la jonction sigmoïdo-colique en 2009, - Lombosciatalgies D en juillet 2003, - Cure de canal carpien D en 2001, - Opération d'une myopie bilatérale en 1994 environ " Il ajoute: " Le 01.02.2008, une IRM cérébrale est réalisée à l'Hôpital [...] à [...]. Le Professeur W. _____ relève sur cette IRM diverses petites lésions, dont une atrophie des deux corps mamillaires, une atteinte de la partie antérieure et haute des deux Putamens, ainsi qu'antéro-moyenne du mésencéphale et de la partie postérieure du corps calleux; le tout étant compatible, selon lui, avec un traumatisme cérébral. Une nouvelle IRM cérébrale est réalisée le 23.12.2008 au [...], sur laquelle l'on retient trois lésions situées dans l'axe blanc fronto-basal et temporal G, compatibles avec des séquelles hémorragiques de lésions axonales post-traumatiques. Le Dr Z. _____, ayant suivi le patient sur plusieurs années, estime en mars 2009 que les troubles neuropsychologiques sont en relation probable avec l'atteinte de l'axe blanc, et en août 2009, que les lésions de l'axe blanc ne sont certainement pas en rapport avec l'accident de 2004. M. P. _____ est déçu par ce changement d'avis, qui a lieu juste avant l'audition au Tribunal; il rompt sa consultation chez le Dr Z. _____. [...] Cliniquement, il présente un syndrome cervico-vertébral modéré, surtout du rachis cervical haut, associé à un certain déconditionnement musculaire, sous forme d'amyotrophie légère, manque d'endurance et de souplesse. Sur le plan cognitif, le bilan met en évidence un certain ralentissement et une baisse des performances mnésiques verbales. Ainsi, en l'absence d'un traumatisme cervical majeur et à bonne distance de l'accident, M. P. _____ devrait pouvoir récupérer une bonne fonction de son rachis cervical et voir ses douleurs régresser, moyennant une prise en charge intensive et active. En effet, hormis un séjour de 4 semaines à la Clinique [...] et quelques exercices actifs par la suite, il ne semble anamnesticquement pas avoir bénéficié d'une rééducation suffisante, comprenant des exercices actifs quotidiens, effectués sur au moins 3-4 mois. La physiothérapie actuelle est essentiellement passive. Ne sachant exactement quelle médication a été tentée jusqu'ici, je me demande si un traitement tel que l'oxycodone avec ou sans traitement anti-dépresseur, par exemple, ne pourrait pas contribuer à réduire les douleurs et le cercle vicieux des douleurs — contracture musculaire et anxiété — augmentation des douleurs. Reste à savoir si M. P. _____ est prêt à s'engager dans une telle prise en charge, à plus long terme, au vu de la lassitude exprimée, de ses difficultés financières et de son attente de réparation. En ce qui concerne le reste de ses plaintes, la plupart d'entre-elles sont de type post commotionnel: intolérance au bruit et à la foule, vertiges, flou visuel, irritabilité, fatigabilité, troubles mnésiques et de concentration, troubles du sommeil et impatience; et sont cohérentes avec le mécanisme du traumatisme cervico-crânien de 2004, ainsi que les lésions cérébrales mises en évidence, de type axonales diffuses. Jusqu'à preuve du contraire et en l'absence d'un autre traumatisme cérébral — dont l'anamnèse est vierge —, j'estime donc que M. P. _____ a aussi subi un

traumatisme cérébral léger en 2004, susceptible de lui occasionner cette symptomatologie subjective post commotionnelle, elle-même potentiellement invalidante. Bien qu'il soit actuellement difficile de quantifier la part liée au traumatisme cérébral et une éventuelle exacerbation en lien avec l'état dépressif, il me paraît en revanche difficile de mettre toute cette symptomatologie sur le compte d'un trouble de l'humeur ou d'une simulation. " Enfin, dans un rapport du 29 juin 2007 produit par le recourant, les Drs S. _____ et R. _____, médecins à la H. _____ de [...], exposent que celui-ci a séjourné du 30 mai au 8 juin 2007 dans cette clinique. Ils précisent que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail d'un point de vue neurologique ou rhumatologique. En revanche, il y a de forts soupçons d'incapacité de travail liée à une atteinte à la santé psychique. Cette incapacité devrait faire l'objet d'une évaluation psychiatrique. d) A la demande du recourant, le dossier de la cause l'ayant opposé à D. _____ a été produit. On y trouve notamment le rapport d'expertise privée établi par le Dr W. _____ sur mandat du recourant, le 6 février 2006, ainsi que deux lettres du Dr Z. _____ à l'avocat de l'assuré, Me Seidler, et à son médecin traitant, le Dr T. _____. e) Le 19 mai 2011, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et a produit un avis de son Service médical régional (SMR), du 9 mai 2011. Les Drs???. _____ et J. _____ y contestent le diagnostic de syndrome post-commotionnel posé par le Dr V. _____, en soulignant que l'accident de 2004 n'avait pas entraîné de perte de connaissance ni de perte de mémoire, ce qui aurait été le cas en cas de commotion cérébrale. Par ailleurs, les trois lésions dans l'axe blanc fronto-basal et temporal gauche, compatibles avec des séquelles hémorragiques de lésions axonales post-traumatiques, ne préjugeaient en rien des limitations fonctionnelles et de leur répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. f) Le 16 juin 2011, le recourant a produit un rapport du 7 juin 2011 du Dr E. _____, dans lequel celui-ci expose: " Par la présente, je certifie que M. P. _____ est suivi à notre consultation de manière sporadique depuis janvier 2005. Depuis septembre 2007 environ, le patient présente des symptômes dépressifs dans le contexte de sa situation psychosociale très difficile ainsi que des douleurs persistantes et invalidantes qui l'empêchent d'exercer toute activité régulière, y compris ménagère. Il passe ses journées à domicile, et vit de manière isolée, n'ayant que très peu de contacts sociaux. Son état a causé d'importantes tensions au sein du couple, qui ont mené au départ de sa femme et de ses enfants en Australie. Le patient se plaint de fatigue chronique, d'un besoin de repos accru, d'une humeur triste, d'un sentiment de désespoir et d'impuissance, d'irritabilité, de troubles de la concentration et de la mémoire, de troubles du cours de la pensée, d'une diminution de l'appétit ainsi que de troubles du sommeil. Présence d'idées suicidaires non scénarisées. Pas de symptômes de la lignée psychotique, ni de prise de substances psychoactives. Le diagnostic psychiatrique est celui d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, avec péjorations épisodiques de son état. Plusieurs traitements antidépresseurs ont été amorcés, que le patient n'a pas supportés et qui ont dû être interrompus. Traitement psychiatrique actuel : Tranxilium cp. Le patient présente une incapacité de travail de 100 %. Le pronostic est défavorable. " g) Le rapport du 7 juin 2011 du Dr E. _____ a été communiqué à l'intimée pour information et le 15 décembre 2011, le tribunal a informé les parties du fait que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu. E n d r o i t : 1. a) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGa (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000, RS 830.1) 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36). Cette loi, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). Elle attribue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal la compétence pour statuer sur les recours interjetés conformément aux art. 56 ss LPGA (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Le recours a été déposé dans le délai légal (art. 60 LPGA) et répond aux exigences de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA, 79 al. 1 et 99 LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des mesures d'ordre professionnel et à une rente de l'assurance-invalidité.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI (loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959, RS 831.20), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant:

- a. que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels;
- b. que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies.

Constituent notamment des mesures de réadaptation au sens de cette disposition les mesures d'ordre professionnel, telles que l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital (art. 8 al. 3 let. b LAI). Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 — partiellement applicable au présent litige, eu égard au fait que le droit à des mesures d'ordre professionnel a éventuellement pu prendre naissance avant cette date (cf. ATF 130 V 445 et les références) — l'art. 8 al. 1 LAI prévoyait que les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. L'assuré a notamment droit à un reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (art. 17 LAI).

b) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- Sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles;
- il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable;
- au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins.

Dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, cette disposition prévoyait que l'assuré avait droit à une rente s'il était invalide à 40 % au moins (RO 2003 p. 3844). D'après l'art. 29 al. 1 LAI, également dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente prenait naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré avait présenté (a) une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou (b) une incapacité de travail de 40 % au moins, en moyenne, pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (RO 1987 p. 449). D'autres versions antérieures de ces dispositions pourraient éventuellement s'appliquer au présent litige, compte tenu de la date de dépôt de la demande de prestations. Il n'est toutefois pas nécessaire de les mentionner plus précisément ici, dès lors qu'elles avaient, matériellement, la même portée que les normes citées ci-avant dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, sous réserve de la question de l'échelonnement des rentes.

c) L'art. 8 LPGA définit l'invalidité comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail

équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). En cas d'incapacité de travail de longue durée dans la profession ou le domaine d'activité d'un assuré, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Ces dispositions, tant dans leur teneur en vigueur du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003 (RO 2002 p. 3372 ss.) que dans celle en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 p. 3854), reprennent matériellement les dispositions de la LAI qui régissaient la matière jusqu'à l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1^{er} janvier 2003 (ATF 130 V 343 consid. 3). Dans le même sens, l'art. 7 al. 2 LPGA, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'a pas modifié les notions d'incapacité de travail, d'incapacité de gain ni d'invalidité (cf. ATF 135 V 215 consid. 7). Sur le fond, la définition de l'invalidité est restée la même. Elle implique, pour établir le taux d'invalidité des personnes qui exerceraient une activité lucrative à plein temps si elles n'étaient pas atteintes dans leur santé, de comparer le revenu qu'elles pourraient obtenir dans cette activité («revenu hypothétique sans invalidité») avec celui qu'elles pourraient obtenir en exerçant une activité raisonnablement exigible, le cas échéant après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré («revenu d'invalidé»); c'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (cf. art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). 3. L'intimé a considéré que le recourant avait souffert d'une incapacité de travail de six mois à la suite de l'accident subi en janvier 2004. Il présentait encore des séquelles neuropsychologiques, avec des difficultés au niveau de l'attention et de la mémoire, notamment. Mais leur intensité était sans rapport avec l'événement accidentel et était plutôt liée à des facteurs d'ordre psychosociaux qu'à une atteinte à la santé d'ordre somatique ou psychiatrique. Il n'y avait donc pas lieu de considérer que le recourant présentait une atteinte à la santé invalidante, et en particulier une incapacité de travail durable au sens de l'art. 29 al. 1 let. b LAI. L'intimé s'est référé, pour l'essentiel, aux constatations des Drs L. _____, K. _____ et I. _____. Le recourant conteste la valeur probante de cette expertise et se réfère notamment aux rapports des 7 décembre 2004 et 29 juin 2007 des médecins de la H. _____ de [...], à l'expertise établie le 6 février 2006 par le Dr W. _____ ainsi qu'à deux lettres du Dr Z. _____ des 20 novembre 2006 et 3 mai 2007 adressées respectivement à Me Seidler et au Dr T. _____. Dans la première lettre, le Dr Z. _____ expose avoir constaté, lors d'une consultation le 31 octobre 2006, une situation clinique superposable à celle évaluée une année auparavant par les Drs L. _____, K. _____ et I. _____. Il précise que de son point de vue, l'assuré souffre d'une distorsion cervicale simple de degré II (et non de degré de I à II comme noté à la page 25 du rapport de l'expertise), ensuite de l'accident du 7 janvier 2004. L'assuré présente aujourd'hui un trouble associé à l'entorse cervicale, désormais chronique. La nature post-traumatique de la totalité ou d'une partie des symptômes ne fait pas de doute, mais des facteurs psychosociaux peuvent entrer en ligne de compte, même en l'absence de tout diagnostic psychiatrique avéré. Sauf cas rarissimes, ces facteurs ne représentent toutefois qu'une partie de l'explication rationnelle et plausible des troubles. Dans les différents rapports concernant l'assuré, la possibilité d'une simulation n'est jamais argumentée et est certainement écartée. L'assuré ne peut plus accomplir son travail de boulanger: pour une partie au moins, sinon la totalité des troubles, et donc de l'incapacité de travail, la relation de causalité avec l'accident est hautement vraisemblable. Dans la seconde lettre, du 3 mai 2007, le Dr Z. _____ expose notamment: "M. P. _____ présente, aujourd'hui encore (trois ans après une distorsion cervicale), un

tableau clinique qui est considéré comme un «tableau clinique typique» par le Tribunal fédéral des assurances. Une relation de causalité naturelle entre l'état actuel et le traumatisme initial apparaît comme étant au moins probable, du fait de l'installation des troubles immédiatement après ce traumatisme et de l'absence de discontinuité depuis lors. Nous sommes toujours étonnés du caractère invalidant de ces troubles qui nécessitent pour le calmer la prise d'un opiacé le soir (d'ailleurs associé à la Codéine le jour) pour permettre au patient de se reposer un peu pendant la nuit. Il va sans dire que ces douleurs sont ressenties comme totalement invalidantes pour une profession comme celle de boulanger. Comme je l'ai, en partie du moins, détaillé dans un article récent [...], les douleurs chroniques de ce genre, accompagnées de troubles sensoriels et des troubles à caractère central décrits, ont toujours au moins trois composantes: 1. une composante traumatique en relation avec des lésions locorégionales, 2. une composante centrale (à base constitutionnelle) et, finalement, 3. une composante liée à l'environnement socio-professionnel et familial du patient. Il apparaît clair que les trois composantes existent aujourd'hui dans le cas de M. P._____. Il est cependant impossible, dans le tableau actuel, de faire la part des choses au niveau de l'importance relative de chacune de ces trois composantes sans une expertise. Une évaluation de ce type prendrait en compte aussi l'aspect thérapeutique lequel, à mon avis, n'a pas été totalement exploré, notamment pour ce qui concerne des approches d'anesthésie locorégionale. Note: j'ai relu avec intérêt le mémoire de réponse adressé au Tribunal cantonal des assurances où l'on cite l'article que j'ai publié à fin 2006, ce dernier démontrant que les troubles que j'ai décrits chez M. P._____ «correspondent à l'expression d'un malaise psychologique». L'évaluation actuelle permet de dissiper les doutes qui subsistent encore à ce propos. M. P._____ présente bien des troubles qui sont décrits par l'instance juridique suprême de la Confédération comme étant un «trouble typique en relation avec une distorsion cervicale». Le fait qu'environ 1 % d'une population ayant souffert d'une atteinte initiale de ce type présente une invalidité ne contredit pas la relation de cause à effet entre l'état actuel de M. P._____ et le traumatisme: les composantes extra-traumatiques devraient faire l'objet d'une évaluation à propos de leur importance relative dans le tableau actuel." 4. a) Aux termes de l'art. 61 let. c LPGA, le tribunal établi, avec la collaboration des parties, les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement. Il en résulte que le juge apprécie les preuves administrées sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. 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, il est déterminant 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références). Le juge prendra néanmoins en considération le fait que le médecin traitant de l'assuré peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance

qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 cité, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). b) Le Tribunal fédéral a posé la présomption que certains syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, tels que le trouble somatoforme douloureux, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352). Cette jurisprudence s'applique notamment pour la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/2007 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/2007 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279). Toujours selon cette jurisprudence, le Tribunal fédéral présume que les syndromes mentionnés ci-avant ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Toutefois, certains facteurs, par leur intensité et leur constance, peuvent rendre la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté. A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants figurent un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), ainsi que l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Meyer-Blaser, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St Gall 2003, p. 77). En revanche, d'autres circonstances constituent plutôt des indices du caractère exigible d'un tel effort. Parmi elles figure la divergence entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation de symptômes intenses dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent l'expert insensible ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 50 consid. 1.2). 5. a) En l'espèce, il est établi que le recourant a été victime d'un traumatisme de type «coup du lapin» lors de l'accident de circulation du 7 janvier 2004. Le degré de gravité de ce traumatisme a été évalué de I à II par les Drs L._____, K._____ et I._____; le Dr Z._____ considère pour sa part qu'il s'agit d'un traumatisme de degré II, sans toutefois que cette divergence revête une importance déterminante. En se référant à un traumatisme de stade I à II, les premiers nommés ont essentiellement constaté que le traumatisme subi n'était pas de stade III ou IV, ce que le Dr Z._____ ne remet pas en question. Un traumatisme cranio-cérébral lors de l'accident n'a pas été démontré, même s'il n'a pu être exclu totalement. A cet égard, on observera que le recourant a décrit plusieurs fois et de manière relativement détaillée, tout au long de la procédure, l'accident et les instants qui l'ont précédé, sans qu'un choc à la tête ni un épisode d'amnésie soient mentionnés ou aient été observés par les médecins consultés après l'accident. A la suite de l'accident, le recourant a développé un tableau clinique

typique d'un syndrome post-distorsion cervicale, avec notamment des cervico-céphalgies, des vertiges, des nausées, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigabilité et une irritabilité accrues. Il s'est également plaint de troubles de la vision de l'oeil droit, d'otalgies occasionnelles, de dorso-lombalgies avec quelques irradiations dans les membres inférieurs. Les examens médicaux, en particulier les examens radiologiques et neurologiques, n'ont objectivé aucune atteinte organique pouvant expliquer ces symptômes. D'un point de vue neuropsychologique, l'assuré présentait à l'époque de l'expertise réalisée par les Drs L._____, K._____ et I._____ des troubles sévères de l'attention aux tâches informatisées, notamment en alerte attentionnelle et dans une tâche de mémoire de travail qui est aussi une tâche d'attention soutenue, tandis qu'en attention divisée, le déficit était modéré. Les compétences mnésiques étaient dans la norme en rappel immédiat en mémoire verbale, tandis que les rappels différés étaient modérément déficitaires. Enfin, les fonctions exécutives étaient limitées dans des tâches d'inhibition et de flexibilité, tandis que l'assuré échouait dans une tâche écologique plus complexe, mettant en jeu la programmation notamment. Selon les experts, les déficits relevés étaient superposables à ce qui avait été diagnostiqué en 2004 à [...], du moins en ce qui concernait la nature des troubles. Les experts ignoraient l'intensité de ces troubles constatée par les médecins de la H._____ de [...], dès lors qu'ils ne disposaient pas d'un rapport détaillé de l'examen neurologique qui y avait été pratiqué. Cela étant, du point de vue des Drs L._____, K._____ et I._____, l'intensité des déficits présentés par le patient apparaissait hors de proportion avec ce que l'on pouvait s'attendre à trouver après un traumatisme de type «coup du lapin», où l'on constatait habituellement plutôt des performances limitées à modérément déficitaires dans les tâches concernées, surtout 21 mois après l'accident. Enfin, sur le plan psychiatrique, les experts n'ont constaté aucune pathologie. b) Compte tenu de leurs observations, les Drs L._____, K._____ et I._____ ont nié la persistance d'une incapacité de travail pour des motifs médicaux, plus de six mois après l'accident. Il n'y a pas de motif de s'écarter de cette constatation, qui a été établie en connaissance de l'anamnèse, au terme d'examens complets et qui prend dûment en considération les plaintes exprimées par l'assuré. L'appréciation de la situation médicale par les experts est claire et leurs conclusions médicales sont dûment motivées. Contrairement à ce que soutient le recourant, les autres rapports médicaux disponibles à l'époque de l'expertise ne justifient pas de remettre en cause sa valeur probante. Dans un rapport du 17 janvier 2005, le Dr E._____, pose le diagnostic, sur le plan psychiatrique, de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, mais n'en tire aucune conclusion quant à la capacité de travail de l'assuré. Il mentionne également que des éléments de l'anamnèse ainsi que du comportement de l'assuré laissent suspecter des traits de personnalité anankastique, mais il ne diagnostique pas un trouble de la personnalité au regard des éléments à disposition. Le 17 septembre 2005, le Dr E._____ écrivait au mandataire du recourant: «J'ai revu M. P._____ le 12 septembre 2005, suite à sa demande. Son état de santé est, du point de vue psychiatrique, globalement superposable à celui décrit en début d'année. On note toujours l'absence de tout trouble psychique franc susceptible de justifier un diagnostic psychiatrique. Le patient nie toute symptomatologie psychiatrique et n'émet pas de demande allant dans le sens d'une prise en charge psychologique». Par ailleurs, si les médecins de la H._____ de [...] attestent une incapacité de travail totale du recourant à reprendre son ancienne activité professionnelle, ils ne décrivent pas d'atteinte à la santé différente de celles constatées par les experts hormis, sur le plan psychiatrique, une thymie anxio-dépressive légère.

L'incapacité de travail qu'ils reconnaissent est due, selon eux, à des troubles des fonctions neuropsychologiques qu'ils qualifient de légers, mais qui gênent l'assuré au quotidien, essentiellement en raison d'une fatigabilité accrue, avec une rapide augmentation des douleurs. Les divergences d'appréciation entre les médecins de la H. _____ de [...] et les experts portent donc essentiellement sur l'importance de la fatigabilité du recourant et de l'intensité des douleurs en cas de reprise du travail, mais les premiers n'apportent aucun élément de nature à démontrer concrètement que l'appréciation des experts — dont la tâche était précisément de procéder à cette appréciation en dehors de tout rapport thérapeutique — serait erronée. Il n'en va pas différemment des deux lettres des 20 novembre 2006 et 3 mai 2007 du Dr Z. _____, dans lesquelles celui-ci semble d'emblée conclure à l'existence d'un tableau clinique typique après un traumatisme cervical d'une incapacité de travail dans l'ancienne activité professionnelle. Or, les experts n'ont pas nié ce tableau clinique, mais ont considéré qu'il était aggravé de manière déterminante par des éléments de surcharge étrangers à l'invalidité. Des facteurs de personnalité et socioprofessionnels étaient ainsi à l'origine de la dissociation entre l'importance des plaintes et leur répercussion sur la capacité de travail, d'une part, et la discrétion de l'événement accidentel, d'autre part. Les lettres des 20 novembre 2006 et 3 mai 2007 du Dr Z. _____ ne contiennent pas d'argument de nature à mettre clairement en doute cette appréciation, d'autant que le Dr Z. _____ reconnaît lui-même, dans sa lettre du 3 mai 2007 au Dr T. _____, que «les composantes extra-traumatiques devraient faire l'objet d'une évaluation à propos de leur importance relative dans le tableau actuel». C'est précisément à cette évaluation qu'ont procédé les Drs L. _____, K. _____ et I. _____. L'appréciation des experts désignés par D. _____ et l'intimé relative à la capacité de travail de l'assuré rejoint, enfin, la présomption posée par la jurisprudence exposée au consid. 4b ci-avant. A l'époque de l'expertise tout au moins, le recourant ne présentait aucune comorbidité psychiatrique. Il ne présentait pas d'affection corporelle chronique ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie: certes, sa capacité à s'occuper de ses enfants s'était trouvée très réduite et ses douleurs l'avaient conduit à abandonner ses activités sportives; mais le recourant a néanmoins exposé aux experts L. _____, K. _____ et I. _____ que sur le plan de la vie sociale, il voyait du monde, en couple, ou allait «boire un verre chez un copain»; en outre, il a exposé lors de l'audience du 6 octobre 2009 dans la cause l'opposant à D. _____, qu'il se rendait fréquemment en Australie pour de longs séjours, pour y retrouver sa famille. Sans minimiser l'importance qu'a revêtu le processus maladif sur la vie quotidienne de l'assuré et ses relations avec sa famille ou des tiers, il faut constater que le critère de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie n'est pas rempli. Restent l'absence d'amélioration de la symptomatologie, sur une longue durée, et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, qui sont toutefois insuffisants, à eux seuls, à renverser la présomption posée par la jurisprudence relative à l'absence d'incapacité de travail durable en cas de troubles associés à une entorse cervicale.

c) Le recourant a produit plusieurs documents médicaux plus récents en vue de démontrer que les symptômes qu'il présente, en tout cas sur le plan neuropsychologique, découlent d'une atteinte organique à la santé. En ce qui concerne le rapport d'expertise établi le 6 février 2006 par le Dr W. _____, il repose dans une large mesure sur une méthode diagnostique dont le Tribunal fédéral a déjà considéré qu'elle n'était pas éprouvée par la science médicale (cf. TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011, consid. 5.2 et 8C_238/2009 du 3 novembre 2009, consid. 3.2.2). On ne peut donc en tirer de conclusion quant à l'origine

organique ou non des symptômes présentés par le recourant ni, cas échéant, quant à l'intensité des troubles que pourraient entraîner les atteintes mentionnées par le Dr W._____. En ce qui concerne, par ailleurs, les trois lésions situées dans l'axe blanc fronto-basal et temporal gauche mises en évidence par l'IRM cérébrale pratiquée le 23 décembre 2008 par le Dr M._____, elles ne permettent pas davantage de tirer de conclusion sur l'état de santé du recourant et sa capacité de travail jusqu'au moment de la décision sur opposition litigieuse. Le Dr M._____ les déclare «compatibles» avec des séquelles hémorragiques de lésions axonales post traumatiques, mais le Dr Z._____ a estimé, pour sa part, en août 2009, qu'elles n'étaient certainement pas en rapport avec l'accident de 2004. Dans ce sens également, les IRM cérébrales réalisées en octobre 2005 dans le cadre de l'expertise des Drs L._____, K._____ et I._____ se sont avérées sans particularité. Le rapport d'examen neuropsychologique du 10 novembre 2010 par les Drs B._____, F._____ et C._____ n'apporte aucun élément nouveau et ses conclusions relatives à une symptomatologie s'inscrivant «dans le contexte d'un syndrome douloureux et de plaintes post-traumatiques» ne contredit pas le rapport d'expertise des Drs L._____, K._____ et I._____. d) Il résulte de ce qui précède qu'une année au plus après l'accident du 7 janvier 2004, l'assuré ne présentait pas d'incapacité de travail durable, en particulier dans l'activité professionnelle qu'il exerçait avant son accident. Il ne présentait donc pas d'invalidité pouvant ouvrir droit aux prestations litigieuses, en tout cas jusqu'à la décision sur opposition contestée. Une instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise, n'apporterait selon toute vraisemblance pas d'élément probant nouveau qui permettrait d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'incapacité de travail et de gain alléguée par le recourant pour la période en question. Le recours doit donc être rejeté sans autre mesure d'instruction.

6. Parmi les rapports médicaux plus récents produits par le recourant, le Dr E._____ atteste que depuis le mois de septembre 2007 environ, le recourant présente des symptômes dépressifs dans le contexte d'une situation psychosociale très difficile ainsi que des douleurs persistantes et invalidantes qui l'empêchent d'exercer toute activité régulière, y compris ménagère. Il passe ses journées à domicile et vit de manière isolée, n'ayant que très peu de contacts sociaux. Le diagnostic est celui d'un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, avec péjorations épisodiques de son état. Plusieurs traitements antidépresseurs ont été amorcés, que le patient n'a pas supportés et qui ont dû être interrompus. Pour sa part, le Dr V._____ pose, dans un rapport du 22 novembre 2010, le diagnostic d'état dépressif récurrent, trouble somatoforme indifférencié en 2009 et troubles de l'adaptation en 2005. Si les constatations de ce médecin relatives à un traumatisme cérébral léger en 2004 ne sont pas probantes, pour les motifs déjà évoqués aux consid. 5a et 5c ci-avant, il n'en reste pas moins que celui-ci admet une éventuelle exacerbation des symptômes en lien avec l'état dépressif et décrit un isolement social croissant. Dans un rapport du 29 juin 2007, enfin, les médecins de la H._____ de [...] font état d'un syndrome douloureux grave chronique avec un fort soupçon de comorbidité psychiatrique. Ils recommandent par conséquent une évaluation psychiatrique, étant précisé que sur les plans neurologique et rhumatologique, ils n'objectivent aucune atteinte pouvant justifier une incapacité de travail. Ces différents avis médicaux ne remettent pas en cause le constat posé ci-avant (consid. 5d), relatif à l'absence de droit aux prestations au moment de la décision sur opposition litigieuse. Mais ils laissent néanmoins penser que le recourant a pu progressivement s'isoler et épuiser ses ressources psychiques au point d'avoir progressivement perdu sa capacité à reprendre une activité lucrative à plein temps et à plein

rendement. Le Dr E. _____ atteste un état dépressif depuis le mois de septembre 2007 et l'assuré a été hospitalisé à la H. _____ de [...] du 30 mai au 8 juin 2007. Il paraît donc plausible que l'année 2007 ait constitué un tournant dans cette évolution. Cela ne permet pas d'admettre qu'une éventuelle incapacité de travail et de gain aurait déjà pu être considérée comme durable en novembre 2007, date de la décision sur opposition litigieuse ni, en particulier, qu'une incapacité de travail moyenne de 40 % au moins avait déjà perduré pendant une année à cette date (cf. art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Il appartiendra toutefois à l'intimé de statuer sur le droit aux prestations pour la période postérieure. Dans ce contexte, sans statuer définitivement sur la question, la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire, conformément à l'art. 44 LPGGA, paraît une mesure d'instruction adéquate pour établir si le recourant a effectivement épuisé ses ressources psychiques au point de se trouver totalement ou partiellement incapable de travailler et, le cas échéant, si cette incapacité de travail a débuté en 2007 déjà ou à une date ultérieure, ainsi que pour déterminer l'évolution de cette incapacité de travail. 7. Vu ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 27 novembre 2007 est confirmée. La cause sera toutefois transmise à l'intimé pour qu'il statue sur le droit aux prestations pour la période postérieure à cette décision. Le recourant n'obtient pas gain de cause et ne peut donc pas prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGGA; 55 LPA-VD). Il est renoncé à la perception de frais de justice (art. 50 LPA-VD).

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