

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 711 vom 1. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2014\\_\\_711](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__711)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 711 du 1 décembre 2014

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2014 / 711 del 1 dicembre 2014

## Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, TROUBLE DE LA MÉMOIRE, TROUBLE SOMATOFORME DOULOUREUX, COMORBIDITÉ | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

## Erwägungen

### E. 1

Quelle e été l'évolution du status de Madame J. \_\_\_\_\_ depuis le dernier examen de fin 2006 et le rapport qui a été établi le 4 janvier 2007 ? Il y a 2 mois entre l'examen et le rapport, pour une situation chronique depuis plusieurs années. Il n'y a donc à mon avis pas de changement à envisager durant ces 2 mois, sauf si vous nous signalez un nouvel épisode médical significatif. La discrète amélioration des fonctions exécutives (avaient tendance à se normaliser) suggérant une meilleure organisation à la maison.

### E. 2

Les lésions subies par Mme J. \_\_\_\_\_ et l'évolution de celles-ci sont-elles en intégralité consécutives à l'accident du 21 juin 2001 ? L'accident majeur est celui de 2001, mais il y a eu une réactivation, en particulier avec des problèmes algiques suite à l'accident du 30.05.2002 [recte : 02.05.2002]. En effet, sur le plan physique, le syndrome cervical était pratiquement guéri le 29.04.2002, c'est-à-dire un mois avant le deuxième accident. Les rapports signalent une dégradation cognitive après le deuxième accident avec une ré-amélioration partielle entre 2002 et 2003.

### E. 3

Certaines d'entre elles doivent-elles être attribuées au deuxième accident du 02.05.2002 ?, Si oui, dans quelle proportion ? La part du deuxième accident avec les problèmes cognitifs et algiques est également difficile à chiffrer, car les deux accidents sont "sine materia". Pragmatiquement, je propose une part de 1/3 dans la responsabilité des troubles actuels.

### E. 4

Quelles sont les tâches ménagères que Madame J. \_\_\_\_\_ ne peut pas / plus effectuer en raison des lésions subies lors de l'accident du 21.05.2001 ? Ce sont des tâches qui s'accompagnent d'une mobilisation de la colonne cervicale significative : les vitres, les à-fonds de maison, les déménagements. Il y a également le nettoyage de la baignoire, le repassage; l'aspirateur peut être fait si celui-ci possède un système sur roulettes. Nous avons donc retenu un travail à 80% pour l'aspirateur (cf. rapport de 2007).

### E. 5

Le degré d'incapacité qu'il faut retenir chez Madame J. \_\_\_\_\_ dans l'exercice de ses tâches ménagères ? Compte tenu que nous sommes dans une situation "sine materia", je retiendrais une incapacité ménagère de 30%.

**E. 6**

Peut-on confirmer que Madame J. \_\_\_\_\_ ne pourra pas exercer sa profession de psychologue en raison des lésions subies lors de l'accident de 2001 ? Ou alors faut-il attribuer cette incapacité à l'accident du 02.05.2002 ? C.f. réponse à la question 3.

**E. 7**

Quelles seraient "les activités beaucoup plus simples" pour lesquelles Madame J. \_\_\_\_\_ conserverait "une capacité théorique" (rapport du 4 janvier 2007, page V) ? Activité routinière comme on peut les avoir dans certaines activités de bureau, activité de classement, un travail d'assistante pour une seule personne.

**E. 8**

Même dans ces activités (chiffre 7 ci-dessus), peut-on confirmer que le rendement de Madame J. \_\_\_\_\_ ne dépasserait pas 50% (rapport du 4 janvier 2007, page V) ? Oui.

**E. 9**

Depuis l'accident du 21 juin 2001, et en tenant compte [de] l'accident du 2 mai 2002, quels ont été les taux et les périodes d'incapacité ménagères et de travail de Madame J. \_\_\_\_\_ ? Ces remarques doivent être évaluées avec le médecin traitant, car nous ne disposons pas des évaluations qui permettent d'y répondre. Tout ce que l'on pourrait dire, c'est que son incapacité en 2003 et 2004 était plus importante que respectivement 30% et 50%, car à fin 2006 le tableau allait vers une certaine amélioration.

**E. 10**

Sur ces taux et ces périodes, quelle est la part qui peut être attribuée à l'accident du 30 mai 2002 [recte : 2 mai 2002] ? Personnellement, la capacité au premier accident jusqu'au 2 mai 2002, puis entièrement au deuxième accident jusqu'au 2 août 2003, puis au taux défini ci-dessus (70% pour le premier, 30% pour le deuxième). Je sais que ce genre de calcul prête à la critique, mais il essaie de se baser sur la dynamique de la récupération habituelle que l'on voit après ces accidents.

**E. 11**

Y a-t-il d'autres remarques à formuler, respectivement d'autres constatations médicales à faire à l'heure actuelle ? Une évaluation de contrôle avait été proposée à fin 2008 ou début 2009 : cette proposition reste d'actualité. » Dans un avis médical du 23 septembre 2009, le Dr L. \_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de fil directeur entre les conséquences des deux accidents, les constatations cliniques des experts et leur appréciation de l'exigibilité de l'assurée, laquelle n'avait pas été faite à la lumière des jurisprudences du TFA (Tribunal fédéral des assurances) en matière de « whiplash ». Il préconisait dès lors la mise en place d'un examen à la Clinique T. \_\_\_\_\_ (ci-après : Clinique T. \_\_\_\_\_). L'assurée a séjourné à la Clinique T. \_\_\_\_\_ du 14 au 17 décembre 2009. Les Drs W. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, et M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont établi un rapport daté du 22 mars 2010. Ils ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble dissociatif (de conversion) F44 et de traumatisme cervical

indirect le 21 juin 2001. En revanche, les céphalées de tension étaient sans conséquence sur la capacité de travail. Ces médecins ont relevé les éléments suivants (cf. rubriques « synthèse » et « évaluation de la capacité de travail » du rapport) : « Synthèse La problématique présentée par cette assurée s'est avérée déroutante à plusieurs niveaux, justifiant plusieurs entrevues entre les experts. Nous n'avons aucun rapport circonstancié du premier accident. S'il paraît très vraisemblable que cet événement initial est un traumatisme cervical indirect par accélération/décélération (whiplash), en l'état, son degré de sévérité reste hypothétique. Quoiqu'il en soit, Mme J. \_\_\_\_\_ n'a pas perdu connaissance, a consulté spontanément les urgences de [...], où les investigations et le diagnostic ont porté sur le segment cervical. Il est précisé que l'évolution a été bonne, la patiente est rentrée à domicile équipée d'une minerve mousse, sous couverture antalgique ; aucune mention n'est faite de troubles neurologiques ou comportementaux. Des troubles cognitifs, mnésiques, et langagiers sont apparus quelques jours plus tard, motivant un consilium neurologique (voir rapport de la Dresse Q. \_\_\_\_\_ du 10 juillet 2001) et une nouvelle imagerie, revenue normale. On relèvera que ce médecin a également parlé de cauchemars, de résurgences d'anciens traumatismes psychologiques. Le status de médecine interne générale et l'examen rhumatologique permettent l'observation de discordances entre la mobilité spontanée et l'apparition de contractures inhabituelles lorsque les mouvements sont sollicités par l'examineur. Au final, s'impose l'impression qu'il existe, en toile de fond, une importante composante psychique au tableau d'ensemble, chez une assurée authentiquement souffrante. L'examen neurologique détaillé ne révèle aucun signe d'atteinte cérébrale, médullaire, radiculaire ou périphérique. Les céphalées alléguées sont de nature clairement tensionnelle. Le neurologue est frappé par la capacité d'autonomie de cette assurée, en dépit du trouble mnésique annoncé ; les renseignements biographiques postérieurs à l'accident survenu en 2001, très précis, ainsi que les capacités d'organisation dont fait preuve cette assurée, le laissent également perplexes. Il relève encore, de l'aveu même de Mme J. \_\_\_\_\_, que tout imprévu la déstabilise et lui fait perdre ses moyens. L'examen neuropsychologique réalisé au cours de cette expertise (il s'agit de la septième évaluation de ce type !) montre aussi des éléments discordants : d'une part, on constate depuis 2003 une pénétration inattendue de certaines performances (orientation temporelle, apprentissage verbal) – qui ne peut pas être attribuée aux accidents de 2001 et 2002. D'autre part, on relève des performances atypiques dans la sphère mnésique (résultats au niveau aléatoire à un test de choix forcé, amnésie post-traumatique de 8 ans en l'absence d'amnésie pré-traumatique). De plus, l'examinatrice estime également que les sévères troubles mnésiques qui ressortent de l'examen neuropsychologique contrastent avec l'autonomie de la patiente lors de son séjour. Au final, le profil mnésique observé et la présence d'une fluctuation de certaines performances cognitives au fil des examens ne sont pas des éléments en faveur d'une atteinte cérébrale. L'existence d'une composante psychologique est également postulée. On relève aussi que la patiente a montré une participation active – comme l'atteste la réussite de tests exécutifs exigeants – et donné un sentiment de sincérité et d'authenticité. L'expertise psychiatrique a apporté, à notre avis, un éclairage essentiel par le diagnostic de trouble dissociatif (de conversion), allant dans le sens d'une amnésie psychogène. Le Dr M. \_\_\_\_\_ s'en explique dans son rapport (voir ci-dessus). Au terme de nos entretiens de synthèse, les experts ont estimé que celui-ci donnait une grande cohérence à l'ensemble du tableau, permettant de comprendre les divergences mentionnées ou observées par tous les intervenants. Nous le proposons, au terme de cette évaluation pluridisciplinaire, comme diagnostic princeps, responsable de l'incapacité (voir ci-dessous).

A notre avis, il inclut implicitement les résultats de notre propre évaluation neuropsychologique, dont nous ne reprenons volontairement pas les formulations.

Evaluation de la capacité de travail : Les troubles existent, en l'état, depuis l'accident survenu en juin 2001. Cette assurée n'a jamais exercé la profession apprise ; de fait, son statut, depuis la survenue de l'atteinte à la santé, est celui de mère au foyer. Pour tenter de définir l'incapacité, nous retenons aussi, dans les faits, que Mme J.\_\_\_\_\_ a fait preuve d'une autonomie complète tout au long du séjour à la Clinique T.\_\_\_\_\_. L'observation en ateliers professionnels montre que cette assurée peut effectuer des tâches simples nécessitant un effort de concentration d'une heure au moins. L'anamnèse nous apprend qu'elle est capable de suivre la scolarité de sa fille, et de l'aider à faire ses devoirs tous les jours, pendant plus de deux heures. Au final, moyennant une bonne organisation du travail, telle que mise en place effectivement depuis plusieurs années par l'assurée, il est difficile d'admettre une incapacité allant au-delà de 30% dans l'activité de mère au foyer. Sur un plan médico-théorique, nous estimons que cette assurée n'est pas en mesure d'exercer l'activité apprise de psychologue (la licence a été obtenue en 1992) mais jamais exercée en tant que thérapeute. Une activité (relativement) moins exigeante en terme de compétences cognitives (notre psychiatre a parlé de la vente, par exemple dans le domaine des cosmétiques) pourrait être exercée, à notre avis, à mi-temps. On peut cependant imaginer les difficultés, fondées sur les éléments narcissiques déjà mentionnés, à proposer à cette universitaire un travail de ce type... La situation ne nous paraît pas entièrement fixée.

Suivant les recommandations du Dr M.\_\_\_\_\_, nous pensons que cette assurée pourrait tirer bénéfice d'une approche psychothérapeutique légère (d'inspiration psychanalytique), laquelle permettrait une élaboration de symptômes à forte valeur symbolique (par exemple ablation quasi castratrice de la capacité de lecture chez cette intellectuelle) et un travail sur un narcissisme mal assuré. » Selon le rapport d'expertise psychiatrique du 17 mars 2010 du Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, l'assurée présentait un trouble dissociatif (de conversion) F44. Ce médecin s'est notamment basé sur l'examen de l'expertisée effectuée le 17 décembre 2009 au sein de la Clinique T.\_\_\_\_\_, dont il est ressorti les éléments suivants (cf. rubrique « discussion et suggestion à l'expert principal ») : « Nous avons donc devant nous une dame de 41 ans, sans antécédent psychiatrique connu avant les accidents de 2001 et 2002. On ne note pas de psychopathologie familiale récurrente. Dans les événements organisateurs de l'existence, on note tout particulièrement une hospitalisation, à valence traumatique, vers l'âge de 5 ans, avec angoisse de séparation. Sa trajectoire personnelle, au plan scolaire notamment, est celle d'une personne intelligente, inscrite dans une logique de surcompensation chez un sujet à l'estime de soi plutôt défaillante. Elle a longtemps, en effet, porté sur elle-même, tant au physique qu'au psychique, un jugement fort sévère avec sentiment global d'insuffisance. En préambule à la réflexion diagnostique, je relève que je n'ai aucun élément en faveur d'un trouble factice chez une assurée qui m'est apparue authentique et réellement souffrante. Les troubles mnésiques et attentionnels sont récurrents depuis 2001 et ont été observés avec constance par des neuropsychologues avertis. On est, par ailleurs, frappé par les éléments de type stress post-traumatique qui ne semblent pas avoir été mis en évidence jusqu'ici. On note à cet égard la notion d'effroi avec sensation d'explosion dans la tête et crainte de mort imminente mais aussi les cauchemars récurrents qui se sont produits durant les mois suivant le premier accident. Un psychiatre qui l'aurait vu à l'époque aurait été en droit de poser le diagnostic de stress post-traumatique. Il y a donc manifestement un "avant" et un "après" ce premier accident. J'ai pensé dans un premier temps au diagnostic de

modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'ICD [international classification of diseases] ne permet pourtant pas de poser ce diagnostic lorsqu'il s'agit d'un événement ponctuel comme un accident de voiture. La clinique actuelle ne rencontre pas, de plus, les critères diagnostiques d'un tel trouble. L'assurée présente une sémiologie portant essentiellement sur la mémoire et la capacité de concentration. On note également, après le premier accident, la survenue d'un trouble du langage qui a ensuite régressé ainsi que des vécus oniriques pénibles (cauchemars). A défaut d'une étiopathogénie organique expliquant à elle seule le trouble (lésion cérébrale sur trauma, affection vasculaire, dégénérative, affection démyélinisante ou auto-immune, etc.), on peut évoquer un trouble dissociatif (F44). Un tel trouble, qui peut toucher aussi bien les sphères motrices, que sensorielles et cognitives (comme dans le présent cas) se développe souvent en relation avec un stress psychologique aigu et les symptômes peuvent être associés à un conflit ou une autre problématique inconsciente. Il y a de fait toute une dimension symbolique qui semble n'avoir pas été explorée et exploitée chez une assurée intelligente et qui m'a semblé dotée d'une bonne capacité introspective. On constate en effet que cet accident survient au moment où elle était supposée reprendre une activité professionnelle chez une personne ayant beaucoup investi ce secteur comme important pour son assise narcissique. L'accident peut, dans cette perspective, être perçu sous deux aspects. Il peut, d'une part, avoir inconsciemment permis de contourner l'anxiété liée à la perspective de la reprise. D'un autre côté, on peut aussi penser qu'il a mis un terme, par le jeu des symptômes commotionnels immédiat, à ses espérances de réalisation professionnelle. Au plan étiopathogénique, et donc thérapeutique, je pense que, nonobstant les éventuels éléments neuropsychologiques, une approche psychothérapique *lege artis* (d'inspiration psychanalytique) pourrait permettre une élaboration de symptômes à forte valeur symbolique (par exemple ablation quasi castratrice de la capacité de lecture chez cette intellectuelle et un travail sur un narcissisme mal assuré. Je souligne toutefois qu'une telle conclusion, allant dans le sens d'une amnésie psychogène, n'exclut pas une participation organique sous la forme d'une amnésie mixte. Les conclusions des divers experts impliqués (notamment la neuropsychologie) devraient permettre de faire la part des choses. Les médicaments psychotropes ne m'apparaissent pas nécessaires. S'agissant de sa capacité de travail, je pense qu'elle est actuellement faible dans toute activité exigeant en priorité l'usage de compétences cognitives, notamment la mémoire et la concentration. Je ne la vois guère dès lors, avec les difficultés cognitives qu'elle présente, travailler comme psychologue. On peut penser que, grâce notamment à son entourage, elle pourrait assumer à temps partiel une activité comme vendeuse. On peut cependant imaginer les difficultés, fondées sur les éléments narcissiques déjà mentionnés, à proposer à cette universitaire un travail de vendeuse. Au plan des activités domestiques, moyennant une bonne organisation du travail, je ne constate pas de diminution de la capacité allant au delà d'environ 30% d'incapacité. » Par avis médical du 5 juillet 2010, le Dr L. \_\_\_\_\_ a repris les diagnostics posés par la Clinique T. \_\_\_\_\_, à savoir le trouble dissociatif (de conversion) F44 et le traumatisme cervical indirect. En ce qui concerne le traumatisme cervical indirect, il a considéré qu'il devait être assimilé à un « coup du lapin » et, qu'au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, il était sans répercussion sur la capacité de travail, à l'instar du trouble dissociatif ou de conversion. Dans l'avis de juriste de l'OAI du 25 octobre 2010, il est indiqué que le statut de 100% active devait être retenu pour l'assurée. Par avis médical du 29 mars 2011, le Dr L. \_\_\_\_\_ a exposé ce qui suit : « Les principes développés par la jurisprudence dans le domaine des troubles somatoformes douloureux

[TSD] doivent être appliqués, lors de l'appréciation de leur caractère invalidant, de manière analogue à un « trouble dissociatif de la sensibilité et de la perception ». L'expertise [...] de mars 2010 retient dans son volet psychiatrique comme seul diagnostic psychiatrique celui de trouble dissociatif (de conversion) F44. Ce problème de santé appartient au groupe CIM-10 Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F48). Il correspond médicalement aux diagnostics cités dans l'extrait de la circulaire citée dans l'avis juriste du 16 mars 2011. Dans le cas qui nous intéresse, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique d'une grande acuité et d'une durée manifeste, invalidante au regard de la jurisprudence en matière de TSD. Pour les médecins du [...], il n'y a pas de comorbidité psychiatrique du tout. Les douleurs de l'assurée s'inscrivent clairement dans les suites du coup du lapin (page 6, § résumé du [...]) et non du trouble dissociatif. Au regard des critères cités dans l'extrait de la circulaire reproduite dans l'avis juriste du 16 mars 2011, ce trouble dissociatif n'est pas invalidant car il ne s'accompagne pas d'une comorbidité psychiatrique.» Le 29 avril 2011, l'OAI a rendu un projet de décision rejetant la demande de prestations de l'assurée, pour les motifs suivants : « En date du 18 mars 2008 vous avez déposé une demande de prestations auprès de notre assurance. Selon les renseignements médicaux au dossier et pour résumer, nous ne pouvons pas suivre l'avis de la Clinique T.\_\_\_\_\_ qui vous reconnaît une capacité de travail nulle dans votre activité habituelle de psychologue et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. En effet, cet avis ne peut pas être suivi dans la mesure où il ne tient pas compte de la jurisprudence en matière de coup du lapin et de trouble dissociatif de conversion. Selon la jurisprudence du Tribunal Fédéral d'Assurances (arrêt du 30.08.2010 9C\_510/2009) il faut appliquer la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux aux traumatismes de la colonne cervicale (coup du lapin) sans perte de fonction organiquement objectivable. Selon un arrêt du 9 février 2007 (I 9/07) la jurisprudence concernant les troubles somatoformes douloureux doit être appliquée en matière de trouble dissociatif de la sensibilité et de la perception. En l'espèce, le Service médical régional conclut à l'absence de comorbidité psychiatrique et l'absence des autres critères pour retenir une atteinte invalidante. L'effort de volonté pour surmonter les douleurs est donc exigible de la part de l'assurée. Notre décision est par conséquent la suivante : La demande est rejetée . » Le 1<sup>er</sup> juin 2011, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, Me François Roux, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision du 29 avril 2011. Elle a affirmé que son invalidité ne faisait pas de doute à la lecture des différents rapports médicaux au dossier, que la jurisprudence en matière de « coup du lapin » n'avait pas la portée que l'OAI lui attribuait, et que son application ne devait pas exclure son droit à des prestations. Le 16 juin 2011, le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur le courrier de Me Roux. Selon lui, l'assurée ne remplissait pas les critères posés par la jurisprudence pour admettre l'existence d'une incapacité de gain et elle devait dès lors être considérée comme apte à surmonter son invalidité. Par décision du 25 août 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision du 29 avril 2011. La motivation envoyée par courrier séparé le 26 août 2011 mentionnait que les différents avis médicaux du SMR démontraient que les éléments figurant dans l'expertise de la Clinique T.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de retenir une comorbidité psychiatrique, de sorte que les critères pour admettre une incapacité de travail n'étaient pas réalisés. B. Par acte du 26 septembre 2011 de son conseil, J.\_\_\_\_\_ interjette recours contre la décision du 25 août 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préliminairement, sous suite de frais et dépens, à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur les expertises médicales devant être effectuées dans le cadre du procès civil qui

l'oppose à U.\_\_\_\_\_ et B.\_\_\_\_\_. Cela étant, elle conclut principalement à la réformation de la décision en ce sens qu'elle a droit à une rente de l'assurance-invalidité, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction. La recourante fait valoir que l'OAI ne pouvait s'écarter valablement de l'expertise réalisée au sein de la Clinique T.\_\_\_\_\_ et se baser abstraitement sur la jurisprudence du Tribunal fédéral en matière de « coup du lapin ». Elle soutient également que la présomption que pose cette jurisprudence, à savoir qu'un effort de volonté devrait lui permettre de surmonter son invalidité ne lui est pas applicable, ou tout au plus renversée. Enfin, elle requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Dans sa réponse du 1 er février 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il affirme que les diagnostics de trouble dissociatif (de conversion) et de traumatisme cervical indirect doivent en l'absence de déficits fonctionnels ou organiques objectivables être apprécié à la lumière des principes jurisprudentiels applicables aux troubles somatoformes douloureux (ATF 136 V 279 et I 9/07 du 9 février 2007). L'intimé retient qu'il ressort des différents rapports médicaux qu'aucun déficit fonctionnel ou organique n'a pu être objectivé, de sorte que la jurisprudence en matière de TSD est applicable, et que si la Clinique T.\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcée explicitement sur la réalisation ou non des différents critères posés par la jurisprudence pour admettre qu'un effort de volonté suffirait à surmonter l'invalidité, les informations apportées par le rapport de la Clinique T.\_\_\_\_\_ sont suffisamment détaillées et précises pour pouvoir prendre position. Les parties ont maintenu leurs positions dans leurs déterminations des 6 et 29 mars 2012. Par courrier du 13 juillet 2012, la recourante a transmis au tribunal l'expertise du Prof. K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, du 24 avril 2012 produite dans le cadre du procès civil. L'expert a confirmé le diagnostic de trouble de conversion posé par la Clinique T.\_\_\_\_\_, en ce qui concernait les troubles cognitifs et mnésiques où l'impact subjectif contrastait fortement avec les éléments rapportés de la vie courante. Il a également constaté l'absence de lésion organique. Le 30 août 2012, l'intimé a affirmé ne pas être favorable à la requête de suspension déposée par la recourante. Le 20 mai 2014, la juge instructeur ayant repris l'instruction de la présente cause a imparti un délai à la recourante pour indiquer quelle était l'issue de ses demandes d'expertises médicales dans le cadre du procès civil. Le 30 juin 2014, la recourante a transmis au tribunal le rapport d'expertise complémentaire du Prof. K.\_\_\_\_\_ daté du 21 février 2014, dont il ressortait que l'examen était superposable au premier et le diagnostic confirmé. Par courrier du 15 juillet 2014, la juge instructeur a imparti à la recourante un délai au 25 août 2014 pour indiquer si d'autres expertises médicales devaient être effectuées dans le cadre du procès civil et à défaut pour prendre position quant à la suite à donner à la présente procédure. Le 25 août 2014, la recourante a maintenu sa demande de suspension jusqu'au terme du volet civil. Le 26 août 2014, l'intimé a confirmé son écriture du 30 août 2012. Par courrier du 17 novembre 2014, la juge instructeur a informé les parties qu'en l'absence d'éléments concrets relatifs à la mise sur pied de nouvelles expertises médicales dans le cadre de la procédure civile, une suspension de la procédure en matière d'assurance-invalidité ne se justifiait pas. Dès lors, un jugement serait rendu lorsque l'état du rôle le permettra. 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, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, 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 auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) 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 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 ; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente 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 (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (art. 7 al. 1 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. 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%.

b) 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 la 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 de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (cf. ATF 134 V 231, 125 V 351 consid. 3a et 122 V 157 consid. 1c et les références). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur

confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C\_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2). La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa ; TF 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2). L'avis médical du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Un tel rapport a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). c) Selon l'art. 43 LPGa, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6 ; TFA U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111

; Ueli K IESER , ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> édition, Zurich 2009, n° 12 et 17 ad art. 43 LPGa, pp. 547 s.). Selon la jurisprudence, 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 (ATF 137 V 210, 122 V 157 consid. 1d ; RAMA 1993 n° U 170 p. 136 et la critique de G. A UBERT parue in SJ 1993 p. 560). 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 (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 (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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 4. En l'espèce, l'office intimé s'est fondé sur les avis médicaux du Dr L. \_\_\_\_\_ des 5 juillet 2010, 29 mars et

## **E. 16**

juin 2011 pour rendre sa décision de refus de prestations du 25 août 2011. Selon ce médecin, il convenait de s'écarter de l'expertise effectuée dans le cadre de la Clinique T. \_\_\_\_\_, les diagnostics de traumatisme cervical indirect et de trouble dissociatif étant, à son avis, sans répercussion sur la capacité de travail conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Quant à la recourante, elle a fait valoir que l'expertise de la Clinique T. \_\_\_\_\_ revêtait une pleine valeur probante et que l'OAI ne pouvait s'en écarter valablement. Selon elle, il convenait dès lors de s'y fier et de lui octroyer une rente en conséquence. a) Au plan somatique, le Dr W. \_\_\_\_\_, rhumatologue et expert au sein de la Clinique T. \_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de traumatisme cervical indirect. Il a tout d'abord pris en compte l'évolution de l'état de santé de la recourante, relevant notamment dans son rapport du 15 décembre 2009 qu'il manquait des renseignements précis concernant les circonstances de l'accident du 21 juin 2001. Par déduction, il arrivait à la conclusion qu'il s'agissait vraisemblablement d'un accident bénin : Mme J. \_\_\_\_\_ n'avait pas perdu connaissance et s'était rendue par ses propres moyens aux urgences. A l'hôpital, la patiente était décrite comme bien orientée et souffrait surtout au niveau cervical. A l'époque, le diagnostic posé était celui de distorsion cervicale et le CT-scan était dans les normes (cf. rapport des Drs F. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ du 5 juillet 2001). Le Dr W. \_\_\_\_\_ a noté une nouvelle aggravation algique à la suite du deuxième accident subi par la recourante en mai 2002, conformément aux constatations du Dr O. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier universitaire S. \_\_\_\_\_. Dans son rapport, le Dr W. \_\_\_\_\_ a pris en compte les plaintes formulées par la recourante, à savoir la fatigabilité, la peine à se situer dans le temps, des céphalées migrantes, des douleurs à la nuque et aux épaules, ainsi que des angoisses. Elle souffrait également de temps à autre de lombalgies. Lors de l'entretien, l'expert a été frappé par les troubles de l'humeur de l'expertisée, celle-ci étant à plusieurs reprises au bord des larmes et tombant même en sanglots en fin de consultation. L'examen physique réalisé le 15 décembre 2009 par le Dr W. \_\_\_\_\_ a révélé d'importantes limitations de la mobilité

cervicale, que ne laissait pas supposer sa gestuelle, ainsi que des contractions musculaires lors de toute tentative de mobilisation des deux épaules. Il soulignait toutefois l'absence de limitations de la mobilité passive de ces articulations. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a relevé que la recourante paraissait autonome dans sa vie de tous les jours ; elle était ainsi capable de se déplacer de [...] à [...], de se déplacer à pied de l'hôtel où elle résidait jusqu'à la Clinique distante de 800 mètres et de se repérer au sein des locaux de la Clinique. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a noté que, du propre aveu de Mme J.\_\_\_\_\_, les douleurs de l'appareil locomoteur étaient très nettement au second plan et n'avaient pas d'impact sur sa capacité de travail dans des activités intellectuelles. Le Dr W.\_\_\_\_\_ a conclu que, malgré les importantes zones d'ombre qui entouraient ce dossier, en particulier sur les circonstances du traumatisme déclenchant, on était face à un tableau de traumatisme cervical vraisemblablement indirect, avec son cortège de symptômes (« tableau typique » décrit par le Tribunal fédéral) où les aspects neuropsychologiques (troubles de la concentration et de la mémoire) et psychiques (labilité émotionnelle, dépression) se démarquaient très nettement. Dans son domaine de compétence, le Dr W.\_\_\_\_\_ a estimé qu'il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail dans l'activité de psychologue. Il convient de constater que le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_ rejoint pour l'essentiel celui du 24 avril 2012 établi par le Dr K.\_\_\_\_\_, lequel a retenu que la recourante ne présentait pas de syndrome cervicalgique significatif persistant. En effet, selon ce médecin, la mobilité cervicale était parfaitement normale dans les activités spontanées, un blocage n'apparaissant que lors de la tentative d'examen clinique, la patiente ne mentionnant pas spontanément cette plainte et la qualifiant de « tout à fait au second plan » sur sollicitation. Le seul avis médical contraire aux précédentes constatations est celui du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant, qui a estimé dans son rapport du 21 avril 2008 que la recourante souffrait notamment d'un syndrome cervical hyperalgique. Cet avis ne saurait toutefois être suivi dans la mesure où il n'émane pas d'un spécialiste en rhumatologie et qu'il est bien moins étayé que les rapports d'expertise de la Clinique T.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_ qui reposent sur des examens approfondis. En conséquence, il y a lieu de retenir que la recourante présente, au plan rhumatologique, une capacité de travail entière dans l'activité de psychologue. b) S'agissant de l'aspect neurologique, le Dr A.\_\_\_\_\_, expert au sein de la Clinique T.\_\_\_\_\_, a examiné la recourante le 15 décembre 2009. A cette occasion, elle s'est plainte de maux de tête depuis son premier accident, qui arrivaient au cours de la journée, péjorés lorsqu'elle devait faire des efforts intellectuels et diminués lorsqu'elle faisait de la marche, localisés au niveau bifrontal et bitemporal, occasionnellement en casque. Elle a ensuite fait part de troubles de la mémoire très importants et une fatigabilité physique et psychique, particulièrement en cas d'imprévu. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a procédé à un examen neurologique détaillé, lequel n'a pas relevé de signe pour une atteinte cérébrale post-traumatique, une atteinte médullaire, radiculaire ou périphérique. Pour le reste, l'expert a relevé que la recourante s'était présentée à l'heure convenue au bon endroit et avait pu s'orienter sans difficulté dans la Clinique. Elle avait effectué le trajet seule. A l'examen médical, l'expertisée était en mesure de donner une description autobiographique parfaite, également dès 2001, la description du chalet que le couple avait acheté une année auparavant était, par exemple, très détaillée. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a souligné qu'il s'agissait d'informations qu'elle avait visiblement enregistré après les deux accidents et bien que cela attestait en grande partie de la mémoire épisodique et visuelle, il semblait difficile, surtout avec une IRM normale, de voir une atteinte uniquement et très sévère de la mémoire verbale. Il notait qu'un tel tableau existait

seulement en cas d'aphasie progressive pour laquelle il n'y avait pas d'évidence. L'examen a également révélé que la patiente avait besoin d'une structure journalière très organisée et quasiment rigide, sinon elle était vite dépassée en raison d'une nervosité, voire d'une anxiété. Cependant, l'expert constatait également que la recourante avait de bonnes capacités intellectuelles mnésiques et organisatrices pour organiser la vie de famille, au point qu'elle arrivait à faire face. Enfin, s'agissant des maux de tête, l'expert a considéré qu'il s'agissait clairement de céphalées tensionnelles, dont une composante médicamenteuse n'était pas exclue. A l'issue de l'examen neurologique et des constatations qui précèdent, le Dr A. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de limitation « professionnelle » au plan neurologique. Les constatations du Dr K. \_\_\_\_\_ vont dans le même sens. L'évaluation du 3 avril 2012 réalisée par ce médecin a montré que l'examen des paires crâniennes était physiologique, avec une absence d'anomalie du fond d'œil, un champ visuel complet à l'examen du doigt, une oculomotricité parfaitement libre, une absence de dysarthrie, de dysphonie ou de dysphagie, avec des fonctions sensitivomotrices facio-bucco-linguo-pharyngées préservées et l'absence de tic facial. Au niveau des membres et du tronc, il a noté l'absence d'anomalie ou de latéralisation réflexe, ou des fonctions sensitives et motrices, aucun signe de polyneuropathie, pas de mouvement anormal ou de tremblement, des tests de coordination cinétique normaux aux quatre membres, tout comme les tests de stabilisation posturale et de déambulation. Il a constaté qu'il n'y avait pas de réflexe pathologique, mais il observait une dissociation entre la gestuelle spontanée, effectuée de façon parfaitement cohérente et physiologique et la réalisation gestuelle sur ordre où la patiente paraissait réfléchir, hésiter et effectuer parfois des gestes parasites ou inadéquats. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'IRM cérébrale réalisée dans le cadre de l'expertise – avec des séquences permettant d'évaluer les cartes d'anisotropie fonctionnelle – était normale et n'avait pas mis d'élément post-traumatique en évidence, de sorte que le diagnostic de « discrète encéphalopathie post-traumatique avec troubles mnésiques prédominants » posé par les Drs G. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_ dans leur rapport du 4 janvier 2007 ne pouvait être suivi en l'absence de traumatisme crânio-cérébral et de signe neurologique ou cognitif organique et de toute lésion parenchymateuse cérébrale objectivable à l'imagerie. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a ainsi conclu à l'absence totale d'anomalie organique au status neurologique. Ainsi, il y a lieu de retenir l'absence d'incapacité de travail d'un point de vue neurologique. c) Au plan neuropsychologique, la recourante a fait l'objet de nombreuses évaluations médicales depuis son premier accident en juin 2001. En novembre 2001, Mme C. \_\_\_\_\_, neuropsychologue, retenait que la recourante présentait des troubles mnésiques sévères et un ralentissement. L'expert de la Clinique T. \_\_\_\_\_, Mme Z. \_\_\_\_\_, neuropsychologue, a observé, lors de son examen du 16 décembre 2009, qu'il y avait une amélioration sensible des performances, avec disparition de symptômes tels que le trouble du schéma corporel et de dysarthrie, et une nette amélioration des performances attentionnelles et exécutives. En revanche, elle relevait plusieurs incohérences, à savoir une baisse des résultats mnésiques en regard de l'examen de janvier 2003, lequel montrait un apprentissage des quinze mots à la limite de la norme alors qu'il était à présent déficitaire, ainsi que l'existence d'une désorientation temporelle alors que celle-ci était normale en novembre 2001, décembre 2003 et octobre 2006. La psychologue mentionnait que la recourante avait montré une participation active et avait donné un sentiment de sincérité et d'authenticité. Selon elle, l'ampleur des troubles mnésiques contrastait avec la nature vraisemblablement bénigne du traumatisme. Elle considérait que le profil mnésique observé et la présence d'une fluctuation de certaines performances

cognitives au fil des examens n'étaient par ailleurs pas des éléments en faveur d'une atteinte cérébrale et que les troubles cognitifs étaient à interpréter dans le cadre d'un syndrome de whiplash chronique où la composante psychologique semblait au premier plan. Mme Z. \_\_\_\_\_ a estimé qu'au vu des déficits mnésiques et des difficultés attentionnelles constatés, l'exercice d'une activité professionnelle intellectuelle à responsabilité n'était pas envisageable ; seul un travail à temps partiel, moins exigeant dans la sphère cognitive était à considérer. Mme Z. \_\_\_\_\_ a pris en compte les plaintes de la recourante et l'évolution de son état neuropsychologique depuis 2001 pour établir son rapport du 16 décembre 2009. Il n'existe par ailleurs pas de documents médicaux qui viendraient contredire l'évaluation de Mme Z. \_\_\_\_\_. En outre, l'évaluation neuropsychologique effectuée dans le cadre du rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ a montré un tableau tout à fait superposable, dont la nature et l'ampleur contrastaient massivement avec les capacités de la patiente au quotidien. Il était également indiqué que le profil des dysfonctionnements relevés évoquait davantage l'expression d'interférence d'une composante psychologique accentuant une fragilité cognitive, et non une altération d'origine organique. d) aa) Le tableau clinique présenté par la recourante est ainsi caractérisé par la présence de douleurs au niveau des cervicales et des épaules, une fatigabilité, une labilité émotionnelle ainsi que des problèmes mnésiques et attentionnels au premier plan ; ces problèmes de santé – « tableau typique » d'un traumatisme cervical indirect comme l'a souligné le Dr W. \_\_\_\_\_ – ne trouvent pas leur origine dans une affection somatique susceptible d'expliquer, à elle seule, l'importance de l'incapacité de travail dont se prévaut la recourante. Dès lors, il convient d'apprécier l'éventuelle influence de l'atteinte à la santé psychique sur la capacité de travail de la recourante à la lumière des principes jurisprudentiels énoncés ci-après. bb) La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, tels que le trouble somatoforme douloureux (TF 9C\_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 4.1), la fibromyalgie (ATF 132 V 65), le syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (TF I 70/07 du 14 avril 2008), l'anesthésie dissociative et les atteintes sensorielles (TF I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4, in SVR 2007 IV no 45 p. 149) ou encore les troubles moteurs dissociatifs (TF 9C\_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4). Selon la jurisprudence, de tels syndromes 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). Elle s'applique également aux troubles associés à une entorse cervicale (ATF 136 V 279). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne concernée incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes. 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, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif 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 et 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. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu

compte de l'existence d'un état psychique cristallisé 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) (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (Ulrich M EYER -B LASER , 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 figurent 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 49 consid. 1.2). cc)

Au plan psychiatrique, le Dr M. \_\_\_\_\_, psychiatre et expert au sein de la Clinique T. \_\_\_\_\_, a examiné la recourante le 17 décembre 2009. Il a pris en compte l'anamnèse de la recourante et ses plaintes, à savoir une problématique cognitive dans le registre de la mémoire de fixation et de la concentration, des moments de découragement durant lesquels elle pleurait souvent, des douleurs dans la nuque irradiant au bras droit, ainsi que de fréquents maux de tête. Il a noté, dans son rapport du 17 mars 2010, en préambule à la réflexion diagnostique, qu'il n'avait remarqué aucun élément en faveur d'un trouble factice chez une assurée qui lui était apparue authentique et réellement souffrante. Il constatait également que les troubles mnésiques et attentionnels étaient récurrents depuis 2001 et qu'ils avaient été observés avec constance par des neuropsychologues avertis. Pendant l'entretien, il a relevé une difficulté de concentration avec perte fréquente de focus où il a dû intervenir comme mémoire auxiliaire pour reprendre le fil de la discussion. Il a également observé que la recourante présentait un climat discrètement déprimé avec humeur triste modérée à moyenne, une adynamie et anhédonie modérées, une estime de soi nettement abaissée, ainsi qu'une anxiété observée et éprouvée modérée à moyenne. Ce psychiatre a expliqué son étonnement sur les éléments de type stress post-traumatique qui ne semblaient pas avoir été mis en évidence dans les mois qui ont suivi le premier accident, diagnostic qui aurait certainement été posé à l'époque. Compte tenu d'une sémiologie portant essentiellement sur la mémoire et la capacité de concentration et à défaut d'une étiopathogénie organique expliquant à elle seule le trouble, il évoquait à titre de diagnostic un trouble dissociatif. Il a précisé qu'un tel trouble, qui pouvait toucher aussi bien les sphères motrices, que sensorielles et cognitives se développait souvent en relation avec un stress psychologique aigu. Il a dès lors considéré que la capacité de travail de la recourante était faible dans toute activité exigeant en priorité l'usage de compétences cognitives, notamment la mémoire et la concentration. Il ne la voyait guère travailler en tant que psychologue. En revanche, une activité moins exigeante en terme de compétences cognitives, telle que vendeuse, à mi-temps était envisageable, sous réserve des éléments narcissiques à proposer à cette universitaire un travail de vendeuse. Au plan des activités domestiques, le Dr M. \_\_\_\_\_ a constaté une diminution de la capacité n'allant pas au-delà de 30%. Il proposait une approche psychothérapeutique qui pourrait permettre une élaboration de symptômes à forte valeur symbolique et un travail sur un narcissisme mal assuré. Selon les Drs W. \_\_\_\_\_, D. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_, l'expertise psychiatrique a apporté un éclairage essentiel par le diagnostic de trouble dissociatif (de conversion) allant dans le sens d'une amnésie psychogène. Au terme des entretiens de synthèse, ces experts

ont estimé que celui-ci donnait une grande cohérence à l'ensemble du tableau, permettant de comprendre les divergences observées par tous les intervenants. Ce diagnostic était dès lors proposé, comme diagnostic princeps, responsable de l'incapacité de la recourante. Ils reprenaient dès lors les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ pour l'évaluation de la capacité de travail et domestique de la recourante. Enfin, les experts ont mentionné que la situation ne paraissait pas entièrement fixée, la recourante pouvant encore tirer bénéfice d'une approche psychothérapeutique, selon les propos du Dr M. \_\_\_\_\_. Le rapport d'expertise de la Clinique T. \_\_\_\_\_ repose sur un examen clinique de la recourante du 14 décembre 2009, sur les expertises rhumatologique, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique effectuées au sein de la Clinique T. \_\_\_\_\_ (les 15, 16 et 17 décembre 2009), sur une évaluation en atelier professionnel, ainsi que sur les pièces médicales recueillies par l'OAI et les documents d'imagerie fournis par l'expertisée. Il récapitule l'anamnèse de la recourante et expose en outre les plaintes et données subjectives de l'intéressée. Il apparaît ainsi que l'expertise de la Clinique T. \_\_\_\_\_ du 22 mars 2010 se fonde sur un examen clinique complet et détaillé de la recourante sur les plans rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique tout en prenant en compte ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance du dossier médical. Enfin, ce rapport contient des conclusions motivées tout en mettant en évidence que la problématique présentée par cette assurée s'était avérée déroutante à plusieurs niveaux pour les experts et que le diagnostic psychiatrique avait apporté un éclairage essentiel, ce qui témoigne du caractère probant de l'expertise. Néanmoins, l'expertise est incomplète au niveau psychiatrique. En effet, le Dr M. \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la question de savoir si le trouble dissociatif (de conversion) constituait ou non une comorbidité psychiatrique autonome importante par sa gravité, son acuité et sa durée, de sorte qu'elle rendait les symptômes du traumatisme cervical indirect invalidant. Il ne s'est pas non plus exprimé sur la réalisation ou non des autres critères permettant d'évaluer les ressources psychiques de la recourante (processus malades s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, affections corporelles chroniques, perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, échec des traitements et la cristallisation de l'état psychique). Rappelons à cet égard que ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état. Ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret (TF 9C\_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 4.2). Il sied également de relever que l'expert n'a pas précisé pourquoi il estimait que la capacité de travail de la recourante n'était pas totalement nulle, ni pourquoi elle subissait une diminution de 50%. Quant à l'appréciation du Dr L. \_\_\_\_\_ ressortant de ses avis des 29 mars et 16 juin 2011, elle ne permet pas de conclure que la recourante doit être considérée comme apte à surmonter son invalidité. En effet, le Dr L. \_\_\_\_\_ n'est pas un spécialiste en psychiatrie, de sorte qu'indépendamment de ses compétences, il n'est pas en mesure d'évaluer les ressources psychiques de la recourante pour réintégrer le marché du travail, en présence d'un diagnostic psychiatrique. Il n'a en outre jamais examiné la recourante. La conclusion qu'a tirée le Dr L. \_\_\_\_\_ apparaît dès lors quelque peu hâtive. Il découle de ce qui précède que les moyens de preuve mis à la disposition du Tribunal de céans ne lui permettent pas de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En effet, il n'appartient pas au juge de se livrer à des conjectures qui relèvent strictement de la science médicale (voir TF 9C\_573/2009 du

16 décembre 2009 consid. 2.3). En conséquence, il revient à l'OAI de solliciter un complément d'expertise au Dr M. \_\_\_\_\_ de la Clinique T. \_\_\_\_\_ pour qu'il se prononce sur les critères jurisprudentiels en matière de trouble somatoforme douloureux, applicable par analogie. 5. En conclusion, bien fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée étant annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision. 6. 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. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. à la charge de l'OAI, qui succombe.

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