

VD_GERICHTE ZD09.023812 vom 9. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.023812

FR: VD_GERICHTE ZD09.023812 du 9 décembre 2014

IT: VD_GERICHTE ZD09.023812 del 9 dicembre 2014

Erwägungen

E. 2

Le 03.03.07 le patient évoque avoir skié à grande vitesse ; doit subitement éviter un enfant qui croise sa trajectoire. Perd l'équilibre et heurte l'arrière de la tête sur une surface dure avec une certaine violence. Le patient ne signale pas de perte de connaissance mais semble avoir pris au moins une quinzaine de minutes pour reprendre ses esprits. Il a pu continuer à skier pendant peu de temps, l'apparition de douleurs cervicales ainsi que des nausées le contraignant au repos.

- 4 -

E. 3

L'état général ne s'est pas modifié dans toute l'évolution. Pas de suites de maladie ou d'autres accidents à envisager.

E. 4

On palpe des contractures musculaires marquées sur toute la longueur des ceintures scapulaires ainsi qu'au niveau cervical ; la mobilité cervicale est surtout réduite dans les mouvements latéraux. Absence de toute symptomatologie radiculaire neurologique. Constatations radiologiques : comme les radiographies du Centre hospitalier K. _____ étaient restées introuvables et vu une évolution plutôt défavorable au départ, j'ai refait des clichés en date du 03.04.07 qui ont permis d'exclure des lésions osseuses ; quelques troubles dégénératifs non contributifs à cet événement.

E. 4.2

Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ? - Trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque, anankastique et narcissique (depuis l'âge adulte) (F61.0). - Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (depuis juillet 2007) (F68.0). DISCUSSION ET EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE Suite à leurs examens cliniques respectifs, les experts mandatés, le Docteur X. _____ (psychiatrie et psychothérapie), le Docteur S. _____ (chirurgie orthopédique), le Docteur Q. _____ (neurologie) et le Docteur G. _____ (otoneurologie) se sont réunis pour une discussion pluridisciplinaire. Nous sommes en présence d'un assuré de 51 ans qui a été victime d'une chute à ski le 3 mars 2007 avec un probable traumatisme crânien mineur et des douleurs cervicales. Aucune fracture ne sera mise en évidence. L'évolution sera rapidement défavorable avec persistance des cervicalgies qui vont s'étendre à toute la ceinture scapulaire, aux deux membres supérieurs et au rachis dorsal. Cette symptomatologie va s'associer à une limitation de la mobilité du rachis cervical, à l'apparition de fourmillements dans les mains et secondairement à des sensations vertigineuses décrites comme « ...des absences ». Monsieur A.T. _____ va bénéficier par

la suite de multiples investigations et prises en charges médicales, sans amélioration significative des plaintes. Il n'a toujours pas repris d'activité professionnelle. Dans le cadre d'un conflit asséculologique, une expertise pluridisciplinaire est mandatée. L'examen clinique orthopédique met en évidence une importante limitation de la mobilité de la colonne cervicale et une hypersensibilité de toute la musculature de la colonne cervicale, des épaules, des trapèzes et de la musculature paravertébrale dorsale jusqu'au niveau de L2, sans contracture musculaire ni amyotrophie. L'examen des articulations périphériques est sans particularité. Le bilan radiologique montre des troubles dégénératifs et une discopathie C4-C5 qui sont manifestement antérieurs à l'accident, mais qui ont pu être décompensés transitoirement par la chute à ski. Toutefois, le statu quo sine est considéré comme normalement atteint douze à dix-huit mois après l'accident. A noter enfin que seul le diagnostic de distorsion cervicale par choc direct est retenu en l'absence de phénomène d'accélération-décélération, ce qui permet d'écarter un whiplash syndrome. Au niveau neurologique, on confirme l'existence d'une trophicité musculaire normale, sans véritable déficit moteur, sensitif ou réflexe. Les paresthésies mentionnées ne semblent pas

- 18 - correspondre à un substrat organique bien clair. Il n'y a pas de signe d'atteinte des voies longues ni d'autre anomalie décelable. On retrouve un petit nystagmus épuisable, considéré comme physiologique. Les plaintes de l'assuré concernant ses sensations « ...vertigineuses » n'ont pas d'explication neurologique. Un examen otoneurologique a donc été pratiqué. Le bilan ne révèle pas de nystagmus pathologique et ne retrouve aucun argument en faveur d'un trouble vestibulaire périphérique. Le seul élément observé est une diminution du réflexe vestibulo-collique gauche lors de l'examen des potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMPS) pouvant correspondre éventuellement à une lésion des voies efférentes suite à un traumatisme séquellaire de la charnière craniale-cervicale. Cependant, il s'agit d'un problème bénin découvert fortuitement par des investigations spécialisées et qui n'explique pas les plaintes de l'assuré. Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de pathologie dépressive ou anxieuse. Par contre, il existe un trouble de la personnalité mixte avec une composante paranoïaque, anankastique et narcissique. Une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation) est fortement suspectée. Un syndrome de MUNCHHAUSEN n'est pas complètement exclu. Cet examen a été complété par un MMPI-2 qui est tout à fait éloquent sur les mécanismes possibles développés par l'assuré dans la situation présente." Les experts ont en outre exposé que les cervico-dorsalgies chroniques ne représentaient qu'un rapport de causalité possible avec l'accident du 3 mars 2007 en raison de l'existence d'une cervicarthrose antérieure à cet accident et de la suspicion de majoration des plaintes, du reste confirmée par l'expertise psychiatrique. Sur les plans neurologique et otoneurologique, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de substrat organique véritablement démontré aux plaintes émises par l'assuré. Au niveau psychiatrique, les troubles de la personnalité n'étaient pas en rapport avec l'accident de mars 2007, mais remontaient probablement au jeune âge adulte, la majoration étant bien secondaire à l'accident, mais n'étant pas une maladie. Toujours selon les experts, les facteurs étrangers influençant le cours de la guérison étaient liés d'une part à la présence de troubles dégénératifs préexistants, mais surtout à la recherche de bénéfices secondaires sous forme d'une compensation financière aux suites de l'accident. Ils ont estimé que l'on pouvait évoquer dans ce cadre le diagnostic de névrose de rente. En outre, les troubles de la personnalité amplifiaient la majoration des symptômes, l'assuré adoptant une attitude histrionique avec recherche de l'attention d'autrui et présentant une

- 19 - tendance à se poser en victime et à adopter une attitude revendicatrice et quérulente. A cela s'ajoutaient enfin des préoccupations hypocondriaques marquées. Concernant le statu quo sine, les experts ont relevé qu'il n'y avait pas d'affection sur les plans neurologique et otoneurologique. Quant aux troubles psychiques, ils n'étaient pas liés à l'accident. S'agissant des cervico-dorsalgies chroniques, les experts ont retenu que l'on pouvait accepter une éventuelle décompensation douloureuse de l'état arthrosique antérieur, mais que normalement le statu quo sine aurait dû être atteint au plus tard douze à dix-huit mois après l'accident, le lien de causalité naturelle avec l'accident n'étant donc plus établi au moment de l'expertise. Ils ont ajouté que la persistance des plaintes suggérait une chronicisation des douleurs. Les experts ont considéré l'état de santé comme médicalement stabilisé, la chronicisation des douleurs et la limitation de la mobilité du rachis cervical s'expliquant très vraisemblablement par des causes non organiques (irritation locale entretenue par des infiltrations itératives des trigger points, majoration des plaintes et problème de collaboration du patient en vue d'obtenir des bénéfices secondaires, aggravation inconsciente dans un contexte de troubles de la personnalité marqués, possible syndrome de Münchhausen). Ils ont en outre indiqué ce qui suit : "7. QUELLE EST LA CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE (QU'ELLE SOIT CONSECUTIVE A L'ACCIDENT DU 3 MARS 2007 OU QU'ELLE RELEVE DE PROBLEMES MALADIFS) ? Au niveau somatique, sur la base uniquement des constatations objectives réellement démontrées, on ne retient aucune incapacité de travail dans une activité légère, sans port de charges lourdes au-delà de 15kg, permettant d'alterner les positions, évitant les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune incapacité de travail, en l'absence de diagnostic réellement incapacitant. [...] Dans quelle mesure peut-on exiger de Monsieur A.T. _____ qu'il exerce une autre activité professionnelle et quelles caractéristiques doit-elle avoir compte tenu de l'atteinte à sa

- 20 - santé (position assise et/ou debout, exclusion de certaines postures, limitation ou exclusion de certains gestes ou efforts, etc.). A quel taux pourrait-il travailler dans une telle activité ? Comme discuté à la question 7, une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement serait exigible dans toute activité adaptée en rapport avec les compétences de l'assuré et qui permet d'éviter les ports de charges lourdes au-delà de 15kg, les travaux pénibles de manutention, les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. D'autre part, un travail favorisant une alternance régulière des positions est recommandé." Par décision du 20 janvier 2009, la ZZ. _____ a mis fin à ses prestations au 31 janvier 2009. Dans un avis médical du 12 février 2009, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a exposé ce qui suit : "Assuré adjoint de direction, ancien skieur de compétition, qui a fait une violente chute à ski le 3.3.2007, avec perte de connaissance et développement d'une symptomatologie de coup du lapin. Il a repris le travail en juin 2007, au maximum à 50%, mais a dû s'interrompre complètement depuis le 30.11.2007. Il a été licencié le 31.8.2008. De multiples investigations ont été faites chez plusieurs spécialistes (neurologue, neurochirurgiens, oto-neurologue) qui concluent à des lésions ligamentaires de la jonction cervico-occipitale objectivées par IRM et à une discarthrose C4-5. Une intervention neurochirurgicale a été envisagée dans un premier temps, mais réfutée secondairement par le neurochirurgien après l'échec d'infiltrations ciblées. Suite à un litige avec l'assurance perte de gain, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée par la clinique B. _____. Ce document de 104 pages analyse de façon exhaustive toutes les pièces du

dossier médical et assécurologique. L'anamnèse est fidèlement retranscrite ; ses variations au cours du temps et selon les examinateurs sont rapportées et analysées. Les plaintes de l'assuré ont été entendues. Il a été consciencieusement examiné par les spécialistes de plusieurs disciplines et soumis à des tests psychométriques. Au terme de cet imposant travail, les experts retiennent un status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale, cervico- dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs, trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque, anankastique et narcissique, majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.

- 21 - Ils se prononcent clairement en faveur d'une absence d'incapacité de travail aussi bien pour des raisons somatiques que psychiatriques. L'atteinte ostéo-articulaire dégénérative impose des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans l'ancienne activité de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de prévoir des mesures de reclassement professionnel. Ils estiment que l'état de santé de l'assuré était stabilisé 10 mois après le traumatisme. Il est donc légitime de dire que l'incapacité de travail , quelle qu'elle soit, a pris fin au plus tard le 3.1.2008. Cette expertise est médicalement probante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions." Dans le cadre de son opposition à l'encontre de la décision de la ZZ._____ du 20 janvier 2009, l'assuré a produit : - une lettre du 15 février 2009 de la Dresse V._____ dont la teneur est notamment la suivante : "Voici les remarques et appréciations concernant l'expertise faite par la Clinique B._____. Voici mes remarques : Page 48/104. Les plaintes de Monsieur A.T._____ sont correctement décrites. Page 49/104 Monsieur A.T._____ déclare tirer un bénéfice de Trigger Points Therapy. Ceci est juste, c'est pour cette raison qu'il ne prend qu'occasionnellement son traitement antalgique. Professeur BB._____ n'a pas réalisé plusieurs infiltrations, mais seulement deux, et ceci dans le but diagnostique n'est pas thérapeutique. L'auteur conteste les travaux de Krakenes, sauf toutefois de citer les travaux scientifiques et à l'appui de cette affirmation. Page 50/104 Docteur M._____ explique l'évolution défavorable par une décompensation psychique, sans toutefois mentionner un examen psychologique effectué. Expertise de l'appareil locomoteur. Page 58/104 Points de fibromyalgie (Trigger Points) L'auteur confond les Trigger points avec les Tender Points. Les Tender Points font partie d'une fibromyalgie selon la désignation de American College des Rheumatologists, et ainsi c'est enregistré à l'OMS Organisation Mondiale de la Santé. Or les Trigger Points sont décrits dans le syndrome myofascial. Les Trigger Points diff[è]rent totalement des Tender Points du point de vue pathophysiologique. Le Trigger Point est l'endroit précis dans le muscle, il est témoin d'une activité altérée d'une jonction neuromusculaire (acetylcholin) il est aussi source d'une sécrétion continue de neuro transmitter de la douleur. Ces substances actives de nocicepteurs dans le muscle. (Simons DG.1909 ; Hubbard.DR.1903 ; Hong.CZ.1908).

- 22 - Page 59/104 L'auteur de l'expertise utilise pour expliquer la pathologie de douleurs chroniques de Monsieur A.T._____ par la méthodologie des signes de Wadell modifié. Wadell, la première fois a publié les travaux en 1980, donc il y a exactement 29 ans. Depuis innombrables travaux ont été publiés à ce sujet. Plusieurs points : je vais mentionner ceux de Fishbain, (Pain 2003 décembre, Pain 2003 Juin) This is a structured, évidence/Based rubiew of all available studies addressing the concept of no organic findings : Wadell signs. 1 – WSSs. do not correlate with psychological distress. 2 – WSs do not Discriminate organic from no organic problems. 3 – WSs may represent nan organic phenomenon. 4 – WSs are associated with poor treatment oitcom. 5 – WSs are associated with greater pain

levels. 7 – As a Group WSs studies demonstrates some methodological problems. [sic] Une méthodologie selon Wadell ne peut pas être utilisée dans le cas de Whiplash syndrome. Page 69/104 Bien que le syndrome Whiplash a été décrit déjà pendant la 2ème guerre mondiale, il y a exactement 64 ans, de nombreux travaux ont été publiés depuis (Sptizer.Wo.1905 ; Pearson.AM 2004 ; Teasel.LB.2002 ; De Leo.JA.2002 ; Bennett.GJ.2000 ; Rodriquez.A.2004)[.] Ces travaux mettent en évidence la neurophysiologie de la transmission de la douleur, NMDA récepteur. Whiplash syndrome est divisé en quatre stades selon la sévérité des symptômes – stade 3, symptomatologie accompagnée de troubles sensoriels, Weakness, decreased, deep, tendon reflexe, sensory déficits. [sic] Le cas de Monsieur A.T. _____ est bien le stade 3. Quebec TAsk Force Classification system utilise 2ème classification de 1 à 5, basée selon le temps calculé depuis l'accident. Le cas de Monsieur A.T. _____ est le stade 5. Page 70/104 « L'expert décrit la symptomatologie hybride » plus compatible avec un traumatisme crânien. Pense-t-il à CRPS? « La symptomatologie hybride » est bien décrite en cas de Whiplash Syndrome (Murray.CJ 1907 ; Lovell.ME 2002 ; Scott.D 2005). En effet, plusieurs travaux scientifiques (Kumar.S 2003 ; Sshulel .L 2000 ; Sterling.M. 2005 ; JuIIGA.2000) démontrent que 80 % des personnes après Whiplash souffrent de douleurs musculaires, et de la dysfonction musculaire. La douleur persistante après Whiplash est due au « Wind Up » neurone situé dans le horn postérieur de la moelle épinière et une activation des N-methyl-D-asparate récepteurs. Ces phénomènes sont responsables de central sensitization elles sont caractérisées par allodynie et hyperest[h]ésie. Whiplash peut être considéré comme Dysfunctional pain disorder (Lidbec.J.2002 ; Dommerhold.J.2005 ; Sveneson.P. 2001 ; Sterling. M.2003) Page 71/104 L'auteur de l'expertise affirme que l'infiltration des Trigger Points malgré l'amélioration signalée précédemment ont un effet irritatif au niveau local et entretien, voir péjore l'incitation par quel mécanisme?

- 23 - Pour émettre une telle affirmation, l'auteur doit présenter les travaux scientifiques qui expliquent et confirment la dite affirmation. Page 58/104 L'auteur de l'expertise confond les Trigger Points avec Tender Points et parle même d'une f[i]bromyalgie avec un syndrome myofascial. Les études récentes ont établ[i] que central sensitization dépend de notre sensitive Input continu (Herrent.Gerber.R. 2004) Ce central sensitization a été confirmé avec Chronique Whiplash (Banic.B.2004 ; Curatoo.N.2004 ; Munglani.R.2000) Le Input périphérique peut être une articulation zygapophyseal (Lord.SM.1906) ou est myofascial Trigger Point. (Simons.G.2004 ; Gerwin.RD 1907 ; Ssiotti.VM.2001) Or, toutes persistance de Input continu perpétuent la douleur. Les Trigger Points sont la source d'une sécrétion continue de neurotransmitter (Shah.J.2005 ; Gerwin.ED.2002) Donc, le traitement par infiltration de Trigger Points est indiqué. (Herreh-Gerber.R.2004 ; Gerwin Dommerhold. 1908 ; Bakaer.BA. 1986 ; Quinter.JL. 1904). L'auteur de l'expertise propose l'arrêt de cette thérapie pour une durée de minimum de 3 mois. L'auteur de l'expertise doit justifier de l'affirmation par les travaux scientifiques. Page 72/104 Il n'y a rien d'étonnant que l'auteur de l'expertise soit surpris par le nombre de Trigger Points. Les Trigger Points ont une situation précise dans chaque muscle (Simons., Traweli, Gerwin 1908) Page 73/104 Les douleurs chroniques sont expliquées par le central sensitization et spinal mécanisme NMDA récepteur. (Lewis.T.Abbott.SV 1997 ; Klotzenburg.M. 2000) Page 74/104 Page 75/104 Bien sûr que l'arbitrage est difficile et de nombreux travaux scientifiques existent. L'auteur de l'expertise ne prend pas en considération de nombreux travaux scientifiques dans la neurobiologie des modèles bio-mécaniques, de la transmission de la douleur chronique. L'auteur prétend que des facteurs de mauvais pronostics étaient présents en

dehors de toute considération psychologique. Lesquels ? Comment il explique du point de vue scientifique ses dires ? Il continue (J'ai du mal à adhérer à l'argumentation du Docteur V. _____ relevant la présence d'éléments objectifs : de nombreux Trigger Points) comme je l'ai déjà expliqué dans les pages précédentes, l'expert confond les Trigger Points avec les Tender Points, donc il est normal, qu'il ne les ait pas trouvés. Il prétend que l'allodynie et une hyperesthésie sont selon l'expert des symptômes subjectifs. Ceci est tout faux. Il existe de nombreux travaux scientifiques expliquant la neurophysiologie de l'hyperesthésie primaire et secondaire et de l'allodynie. (Lewis.T. 1935 ; Hardy.JD.1950 ; Kolzenburg.M.2000) Le spinal mécanisme qui mène à central sensitization et douleurs chroniques (Li.J.1909 ; Torebjork.HN.1902 ; Malcangio.M.1906) Concernant l'affirmation d'expert sur le rôle des cytokines et qu'elles lui semblent dans la fourchette normale, on peut affirmer en [s]e basant sur les travaux scientifiques, lesquels confirment le rôle de neuro-inflammation et neuro umine activation dans la pathogenèse de la douleur. Les cytokines et le Growth factor sont intriqués dans la génération des douleurs chroniques (Russolo.RRJ 1909 ; Watkins.JR. 1909 ; Kreitzberg.GW. 1906) Les troubles sensitifs sont expliqués selon la neurobiologie de Wind iap Spinal, l'auteur de expertise affirme que la persistance des

- 24 - symptômes au-delà de 18 mois sont d'humbles facteurs de mauvais pronostics. La durée des douleurs après Whiplash ne peut pas être un mauvais pronostic selon Gerwin et Dommerhold. 1909. Appréciations du cas de Monsieur A.T. _____ Les plaintes et résultats des différents examens sont totalement explicables selon des récentes théories et les recherches scientifiques comme il est décrit dans les pages précédentes. Page 101/104 6 – Les causes des raideurs musculaires re[lè]vent d'un syndrome myofascial. L'apparition des douleurs après accident est décrite. Dans le cas de Burn out la symptomatologie ne relève pas de syndrome myofascial. Je ne dispose pas pour l'instant de résultats de (Brain Screen) lesquels peuvent éventuellement relever de pathologie psychologique. 7 – Le syndrome myofascial peut avoir différentes causes, il est toujours présent dans le cas de Whiplash (Dommerhold ; Gerwin cités dans les pages précédentes)[.] Ils ne sont pas décrits dans la définition de la fibromyalgie, là, on parle de Tender Points, ceci par sa pathophysiologie diffère totalement de Trigger Points, comme il est expliqué dans les pages précédentes. Ici l'auteur de l'expertise confond tout. Les Trigger Points avec Tender Points, les résultats de Central Sensitization et l'allodynie et hyperest[h]ésie qui en suit, lesquels sont parfaitement mesurables objectivement. En se basant sur les travaux récents scientifiques, on peut aisément comprendre les plaintes, les douleurs, les résultats des différents examens. Monsieur A.T. _____ souffre bien de Dysfunctional Pain disorder suite à Whiplash." - une lettre du 16 février 2009 des Drs P. _____ et L. _____, dont il résulte ce qui suit selon la traduction (datée, quant à elle, du 13 février 2009) fournie par l'assuré : "Nous pouvons répondre à vos questions. Concernant votre question à propos de la page 23, nous avons clairement été mal cités. Nous ne sommes pas des médecins praticiens, mais un groupe spécialisé en otoneurologie qui s'occupe spécifiquement, dans notre centre d'étude des troubles de l'audition et de l'équilibre, des problèmes de labyrinthe et des nombreux cas de vertiges post-traumatiques. Dans notre rapport, nous n'écrivons pas "vraisemblable", mais nous estimons que l'origine accidentelle a une "très grand[e] probabilité". Nous avons de toute évidence été mal cités. Concernant la deuxième question, la nomenclature de la modification post-traumatique de la colonne vertébrale cervicale n'est pas unifiée, et nous utilisons couramment les expressions "whiplash injury", "traumatisme d'accélération/décélération de la colonne vertébrale cervicale" et "traumatisme de distorsion

de la colonne vertébrale cervicale" comme des synonymes. Nous pouvons répondre clairement à la troisième question concernant les énoncés des pages 92, 93 et 100. Notre examen otoneurologique est basé sur une vidéonystagmographie, ce qui est

- 25 - une pratique normale pour la détection détaillée des signes objectifs. Si nous constatons un nystagmus spontané de premier et deuxième degré et mesurons en même temps une insuffisance vestibulaire périphérique, ce signe est pathologique. Si le neurologue voit sous la lunette de Frenzel un "petit nystagmus épuisable" (page 92), ce signe n'est pas comparable avec les raffinements techniques d'un vidoénystagmogramme. On ne peut pas en déduire un manque de pertinence. A la page 100, il est écrit qu'un nystagmus est physiologique; les nystagmus que nous avons mesurés ne sont de toute évidence pas physiologiques mais pathologiques. Le diagnostic différentiel décrit de "vertiges positionnels bénins", "neurinome du nerf", "sclérose en plaques", "accident vasculaire cérébral" n'est pas vraisemblable. Il n'y a pas d'indices anamnésiques ni de signes qui indiquent un tel diagnostic différentiel. Sur la base de notre expérience et des documents dont nous disposons, ainsi que des consultations d'avril et mai 2008, nous avons pu attribuer avec une vraisemblance convaincante les vertiges à l'accident. L'examen otoneurologique de l'automne 2008 (14.10.2008) a montré une normalisation des signes. On peut en conclure qu'une amélioration substantielle s'est produite au cours des 6 mois séparant le premier du deuxième examen. Nous interprétons cette amélioration comme une normalisation du trouble fonctionnel vestibulaire et une compensation centrale du déficit périphérique. Cette évolution est typique d'un trouble fonctionnel vestibulaire. Si, au cours de l'évolution clinique, le patient a été débarrassé des troubles de l'équilibre et que la vidéonystagmographie s'est stabilisée, le cas peut être considéré comme soigné. Mais si des symptômes résiduels de troubles de l'équilibre persistent encore dans la vie quotidienne, ils peuvent être considérés comme vraisemblablement d'origine accidentelle." - une lettre du 16 février 2009 du Dr J. _____, dont il résulte ce qui suit selon la traduction transmise par l'assuré : "J'ai minutieusement examiné le rapport d'expertise et l'ai comparé avec l'historique du malade en ma possession. Vous connaissez parfaitement mes rapports. Mes réponses à vos questions sont les suivantes : - Mon rapport du 27.03.2008 est évoqué à la page 22 du rapport d'expertise : les citations ne font pas référence à mon jugement (avec commotion cérébrale avec brève perte de conscience et amnésie, et aussi avec mouvement réflexe de la tête et du rachis cervical avec équivalent de distorsion du rachis cervical avec développement consécutif d'un syndrome cervical avec symptomatologie neurovégétative et surtout avec symptomatologie

- 26 - myofasciale massive). Il en ressort notamment que j'ai supposé un équivalent de distorsion du rachis cervical du fait du violent mouvement de compensation réflexe avec torsion du corps avant la chute. Nous ne savons pas précisément ce qui s'est passé d'autre lors de la chute, mais elle a provoqué un choc violent de la tête et une commotion cérébrale. Vraisemblablement, le rachis cervical a de plus été traumatisé directement. - Page 25 : brochure de septembre 2008 [...], performance du patient en matière de ski, rapport du 22.09.2008 du Dr. W. _____, du service de neurochirurgie de la [...] : Le changement de nom de l'Institut NN. _____ [...] est vraisemblablement lié au jugement de février 2008 du Tribunal fédéral. Pour autant que je sache, cet institut effectue naturellement toujours des examens du rachis cervical (outre d'autres examens fonctionnels de l'appareil moteur). L'activité du patient comme skieur de haut niveau n'est pas venue dans la conversation lors de l'examen chez moi (peut-être pour des raisons de temps). Le rapport du Prof.

W. _____ vise au traitement avec des infiltrations des facettes articulaires C4/C5 où réside une légère ostéochondrose. - Radiographies à partir de la page 60 : comme je l'ai également écrit, il y a un léger rétrécissement de l'espace intervertébral C4/C5; sinon, la hauteur et la configuration du corps vertébral et des espaces intervertébraux sont normales, pas de signes sur les spondyloses. Naturellement, on ne peut pas tirer de ces clichés la conclusion qu'il n'y a pas une cervicalgie violente. Il y a un étirement du rachis cervical jusqu'à la perte de la lordose cervicale (il n'y a pas de lordose cervicale, comme l'écrit l'expert). Les "modifications dégénératives" décrites sont en parfait accord avec l'âge, et très courantes sans avoir valeur de maladie. La description de la radio transbuccale montre une articulation atlanto-axiale avec des marges normales et une position axiale centrée, comme l'a bien décrit l'expert. La description de l'IRM du 06.12.2007 reproduit la discopathie C4/C5 avec une petite protrusion discrète non compressive. A cet égard, il faut dire que la photocopie de ce cliché montre l'étirement du rachis cervical; la lordose cervico-thoracique est visible; la coupe sagittale sélectionnée n'est pas très centrée car la moelle épinière n'apparaît pas sur toute sa longueur. Les mêmes faits apparaissent sur les IRM du 10.08.2008. L'IRM du rachis lombaire du 08.12.2007 montre de petites protrusions des disques vertébraux L5/S1 et L4/L5 sans effet compressif. Les clichés du 31.10.2008 avec la tête inclinée latéralement à gauche et à droite montrent l'immobilité vers la droite de C2 à C7 en position inclinée à gauche, il y a une très discrète scoliosation en C4. Les clichés du rachis cervical avec inclinaison et réclinaison de la page 68 montrent selon moi une posture pratiquement rigide, et surtout un blocage de C1 et C2 : la distance de l'arc postérieur de l'atlas au crâne et à l'apophyse épineuse de C2 reste inchangée. Le mouvement d'inclinaison a vraisemblablement lieu dans la région centrale du rachis cervical (accroissement discret de la distance interspinosale). (Remarque : la réalisation de ces clichés exige non seulement la coopération du patient, mais aussi une bonne exécution technique de la part de l'assistante de radiologie).

- 27 - - Page 69 : commentaires sur le syndrome de whiplash : ce syndrome a été décrit, non après la 2e Guerre Mondiale, mais après la 1e Guerre Mondiale; premiers rapports par Crowe en 1928, puis par Davis en 1945; ceci n'est qu'une remarque en passant. Il est exact qu'il s'agit d'un traumatisme d'accélération ou indirect, sans fracture. Les éléments touchés sont les ligaments, les muscles et les capsules articulaires, les parties molles en général. Les classifications de la Quebec Task Force sont bien représentées. Rappelons-nous que le patient a subi un mécanisme de chute complexe, comme je l'ai indiqué précédemment. - La discussion du status quo sine à la page 70 se rapport[e] aux radiographies et non à la clinique. Le patient a selon moi toujours présenté les mêmes symptômes radiologiques, avec une ostéochondrose discrète très saillante en C4/C5, vraisemblablement sans signification clinique. La discussion sur les IRM fonctionnel[le]s se rapporte à un jugement du Tribunal fédéral, ainsi qu'aux travaux de Krakenes sur les lésions du ligament alaire. Je souhaite laisser cette discussion ouverte car ce chapitre n'est pas clos du point de vue scientifique. - A la page 72, les experts confirment la symptomatique clinique, en accord avec les mesures de la mobilité du rachis cervical par différents observateurs (sauf le Pr. W. _____). L'interprétation faisant allusion à la décompensation d'arthrose cervicale saillante ne peut pas être suivie; il s'agit d'une symptomatique myofasciale massive qui n'aurait jamais pu être produite par une telle ostéochondrose discrète en C4/C5. Concernant les points de pression (trigger points), je les ai aussi constatés lors de mon examen du 20.03.2008, et je les ai également décrits dans mon diagnostic (musculature de la nuque et des épaules, occipital et suboccipital des deux côtés, apophyses épineuses de la colonne

vertébrale cervicale, trapèze et levator scapulae et apophyses épineuses jusqu'au milieu du rachis thoracique). De tels symptômes ne sont pas inhabituels en cas de symptomatologie myofasciale marquée dans cette région. Concernant le diagnostic psychiatrique, je ne peux pas me prononcer en tant que neurologue. Je suis cependant surpris par le jugement du psychiatre. Mon impression : Il est étonnant que dans ce rapport de 104 pages établi par quatre experts, les causes liées en fin de compte à de banales modifications (saillantes) dites dégénératives du rachis cervical correspondant à l'âge, à savoir une ostéochondrose discrète en C4/C5 avec une petite protrusion non compressive, soient rejetées, alors que l'existence de la symptomatologie cervico-céphalique est parfaitement établie et non contestée. Cette argumentation contre les causes n'est pas compréhensible, ni compatible avec le rapport d'expertise, lequel est par ailleurs exhaustif et structuré de manière systématique. Un status quo sine ou quo ante se rapporte dans le jugement des experts uniquement aux modifications dégénératives inchangées et non pertinentes du rachis cervical, mais en aucun cas à la symptomatologie clinique, laquelle est restée constante,

- 28 - notamment avec une réduction de la mobilité du rachis cervical, comme il a été établi de manière unanime par plusieurs observateurs. Cette symptomatologie est également prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail par les experts, avec les limitations mentionnées, celles-ci étant réelles et considérées comme handicapantes, et impliquant en conséquence une atteinte à l'intégrité au stade final. En cas de chute, le mécanisme précis est beaucoup plus difficile à reconstituer – compte tenu du "whiplash" – que p. ex. en cas de collision en voiture. Il existe cependant des équivalents du whiplash. Très certainement, et de l'avis général, le patient a subi une commotion cérébrale/un MTBI [réd. traumatisme cérébral bénin] et un traumatisme du rachis cervical avec le "tableau clinique type pour l'EVG" [réd. Tribunal fédéral], ce qui n'a toutefois pas été demandé dans le catalogue des questions, ni n'a pas été demandé non plus si les souffrances actuelles auraient également vraisemblablement eu lieu avec la même qualité, la même quantité et au même moment sans l'accident. Par son jugement de février 2008, l'EVG a réduit et relativisé la valeur de l'IRMF, de sorte qu'à cet égard, les aspects médico-légaux devront dans l'avenir être pris en compte dans ce sens. La conséquence au niveau de l'expertise est que de tels examens pourraient certes contribuer à comprendre un cas, mais ne devraient pas être utilisés seuls pour en évaluer les causes. Le psychiatre trouve une névrose de convoitise. A cet égard, selon moi, et sans prétendre émettre un avis au-delà de ma discipline, il faut indiquer que le conflit entre le patient et l'assurance bat actuellement son plein (on parle de plus de 12000 rapports d'expertise par an pour l'UVG !?). Cela est dû à la complexité du système médico-légal avec l'UVG, et à l'heure actuelle, un patient profane ne s'en sort pas sans avocat. Souvent, l'existence du patient est en jeu. Cette confrontation, qui peut durer des années, est très lourde psychologiquement, et peut aussi produire des troubles psychocreatifs "iatrogènes". Dans cette situation, la distinction nette entre la persévérance et la convoitise peut être estompée." Le 19 février 2009, le Service de l'emploi a rendu une décision d'inaptitude au placement. Par décision sur opposition rendue le 23 avril 2009, la ZZ. _____ a confirmé la décision du 20 janvier 2009 mettant fin à ses prestations au 31 janvier 2009. Se fondant sur l'expertise de la Clinique B. _____, elle a considéré qu'il n'y avait pas de rapport de causalité naturelle suffisamment démontré entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident du 3 mars 2007 et qu'elle avait dès lors mis fin à juste titre à ses prestations au 31 janvier 2009. Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AA [...]).

- 29 - Par décision rendue le 5 juin 2009, confirmant un projet de décision du 16 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente notamment pour les motifs suivants : "Résultat de nos constatations : • Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de responsable des achats et de la gestion des créanciers ainsi que du stock chez S._____ SA jusqu'au 31 août 2008. • En date du 3 mars 2007, vous avez été victime d'un accident. • Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional. • Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible dans votre activité habituelle, ceci depuis le 3 janvier 2008. En effet, en lien avec les séquelles de votre accident, vous présentez certaines limitations fonctionnelles mais qui ne vous empêchent toutefois pas de reprendre votre activité habituelle à 100% et cela depuis le mois de janvier 2008 au plus tôt." B. Par acte du 8 juillet 2009, A.T._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de celle-ci et, principalement, à la constatation de son droit à des prestations de l'AI, selon précisions à donner en cours d'instance, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé, pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Se fondant en particulier sur les rapports des Drs V._____, P._____, L._____ et J._____, le recourant soutient en substance être gravement atteint et ne plus pouvoir travailler, étant victime de divers troubles neurologiques typiques du coup du lapin. Il prétend avoir subi lors de son accident des phénomènes d'accélération et décélération, son cas se compliquant d'un traumatisme crânien. Il allègue en outre que l'expertise de la Clinique B._____ comporte des incohérences, qu'elle est polluée par des considérations juridiques et des raisonnements fondés sur la documentation de présentation du Centre NN._____. Cela étant, il estime qu'une nouvelle expertise s'impose.

- 30 - Il a produit un lot de pièces parmi lesquelles : - une déclaration datée du 6 mars 2008 émanant de Y._____, où l'on lit ce qui suit : "Je soussigné Y._____, [...], avoir vu le 03.03.07 vers 15h00 lors de la sortie à skis de la commune de [...] à [...], l'intégralité de la lourde chute qu'a sub[ie] Monsieur A.T._____. Il y avait du vent et des gonfles, Monsieur A.T._____ devait skier, c'est difficile à dire, peut-être vers 60/70km/h lorsqu'il a dû faire un virage sur la gauche extrêmement brusque pour éviter un snowboarder puis tout de suite Monsieur A.T._____ a tapé avec les skis dans une gonfle, il est parti en vole plané sur le dos de plusieurs mètres avant de taper la tête en premier lourdement à deux reprises successives en tout cas sur la neige verglacée puis il a fait plusieurs culbutes, glissé sur plusieurs mètres avant de s'immobiliser, il a pu, probablement perdre connaissance quelques longues minutes. Quand je suis arrivé vers lui sa tête était posée côté droite sur la pente, je lui ai dit : ça va, quelle morflée t'a pris, après quelques instants, après qu'il ait repris ses esprits je l'ai aidé à se relever, puis il a fait les quelques 300 mètres pour rejoindre le départ du funiculaire pour redescendre tout de suite à la station." - un rapport de la Dresse V._____ du 12 mars 2008, dans lequel cette dernière pose les diagnostics de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II, syndrome myofacial régional cervical et dorsal et TMD syndrome, les éléments subjectifs étant de fortes douleurs dans la région dorsale et cervicale bilatérale, avec des blocages cervicaux, des vertiges, de la fatigue et de la difficulté à se concentrer et les éléments objectifs de nombreux Trigger points dans les muscles de la région cervicale et dorsale, ainsi que des allodynie et hyperesthésie dans la région cervicale et dans les deux bras. Elle ajoute que les analyses de laboratoire démontrent une augmentation des lymphocytes T8 et T4, et surtout le rapport inversé de T8, T4, ce qui prouve selon elle un

dysfonctionnement des cytokines qui sont impliquées dans la transmission de la douleur ; - un rapport du 23 mars 2008 du physiothérapeute I. _____ ; - un rapport du 1er avril 2008 de la physiothérapeute O. _____ ;

- 31 - - une lettre du 15 mai 2008 de l'employeur S. _____ SA résiliant le contrat de travail du recourant au 31 août 2008 au motif que son accident de ski avait nécessité la réorganisation complète du service administratif, de sorte qu'il n'y avait plus de poste de travail correspondant aux qualifications de l'intéressé pour le cas où il devrait retrouver une capacité de travail partielle ou totale ; - le certificat de travail final établi le 10 novembre 2008 par S. _____ SA et dont la teneur est la suivante : " CERTIFICAT DE TRAVAIL Par la présente, nous certifions avoir eu comme collaborateur dans notre entreprise Monsieur A.T. _____, né le [...] 1957 ceci du 1er mars 1996 au 31 août 2008, en tant qu'adjoint de la Direction. Grâce à sa facilité d'adaptation, ainsi que sa précision dans le travail, il lui a été confié les fonctions ci-après: ■ responsable des achats pour les volailles, foie gras, viandes et divers articles; ■ gestion informatique et physique des stocks, ainsi que des achats; ■ comptabilité des fournisseurs; ■ contrôle de statistiques quotidiennes des achats, ventes, transports et importations, ainsi que le respect des marges des différents acheteurs pour l'ensemble des articles du catalogue; ■ gestion des contingents fédéraux d'importation de viande; ■ achat de devises « on line » (au moyen du logiciel e-forex, de la banque [...]); ■ suivi des cours de changes. M. A.T. _____ s'est montré un collaborateur efficace, loyal, très dévoué et apprécié, tant des fournisseurs que de l'ensemble du personnel. Il est ponctuel, précis et méticuleux dans l'exécution des responsabilités qui lui sont confiées." - un rapport du 5 janvier 2009 émanant de la Dresse V. _____, dont il résulte notamment ce qui suit :

- 32 - "Je vois régulièrement Monsieur A.T. _____ à ma consultation. Il souffre des douleurs chroniques depuis son accident de ski. Les douleurs sont dues à la constante activation des récepteurs NMDA dans la moelle épinière. Le traitement par le blocage de Trigger points a diminué la douleur. Pour accélérer le traitement des douleurs et avoir des résultats plus durables j'ai propos[é] l'utilisation de Botox. Ceci est largement utilisé dans le monde entier dans les pathologies identiques. Je peu[x] vous fournir, si vous le souhaitez la documentation sur le sujet. Monsieur A.T. _____ ne suit plus le traitement par le blocage de Trigger points depuis le 10.11.2008. Nous attendions la réponse d'assurance pour pouvoir utiliser le Botox. Cette attente est la cause de l'aggravation de la santé de M[.]A.T. _____. (Plus des douleurs et des vertiges.)" - une décision rendue le 14 avril 2009 par le Centre social régional de [...], déniait le droit du recourant au revenu d'insertion. Par réponse du 25 septembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il expose essentiellement que l'expertise de la Clinique B. _____ a valeur probante, que la majorité des rapports médicaux produits par le recourant ont été pris en compte dans le rapport d'expertise et que ces pièces ont été soumises au SMR, à l'avis duquel l'OAI déclare se rallier entièrement. Annexé à la réponse figure l'avis susdit du SMR, établi le 8 septembre 2009 par les Drs C. _____ et TT. _____, spécialiste en anesthésiologie, ayant notamment la teneur suivante : "1. Courrier de La Dresse V. _____ au Dr F. _____ du 12.3.2008 : mentionne un Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II, un syndrome myofacial (sic) régional cervical et dorsal et un TMD syndrome. En français, il s'agit d'une entorse cervicale se manifestant par des douleurs cervicales et une diminution objective de la mobilité et la palpation de points douloureux dans la nuque (Québec Task Force grade 2). Le syndrome myofascial est intégré à la

fibromyalgie. Il se caractérise par la présence de points gâchettes (trigger points) répartis inégalement dans l'ensemble du corps. Enfin le TMD syndrome est une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire généralement associée au syndrome myofascial. Ce document a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. 2. Courrier de la Dresse V. _____ à la ZZ. _____ du 6.6.2008 : retient un whiplash syndrome Québec Task Force grade 3, avec vestibulopathie périphérique et centrale post-traumatique. Une IRM fonctionnelle aurait démontré des lésions ligamentaires cervicales expliquant les troubles vestibulaires.

- 33 - 3. Courrier de la Dresse V. _____ à Olivier Carré du 5.1.2009 : fait état d'un traitement de « blocage de Trigger points » interrompu en novembre 2008 quand bien même il améliorait les douleurs. L'aggravation de l'état de santé de l'assuré est attribuée à l'attente d'une réponse de l'assurance accident concernant la prise en charge d'un traitement à la toxine botulinique. 4. Rapport du Prof R. _____, neurochirurgien, à la Dresse V. _____ du 19.12.2007 : le Prof R. _____ relève un discret syndrome cervical, sans nystagmus, ainsi que des discopathies mineures C5-6 et moindres encore en C4-5 et C6-7. Il n'y a pas de diagnostic neurochirurgical. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. 5. Rapport du Dr D. _____, radiologue, à la Dresse V. _____ du 20.3.2008 : après une IRM fonctionnelle, il est fait état d'un whiplash syndrome stade 2 selon la Québec Task Force, avec de discrètes lésions ligamentaires cervicales. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. 6. Rapport du Dr J. _____, neurologue, à la Dresse V. _____ du 27.3.2008 : confirme une symptomatologie myofasciale cervico- occipitale et de la ceinture scapulaire et constate la présence d'un nystagmus nécessitant une exploration otoneurologique. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. 7. Rapport du Dr P. _____ à la Dresse V. _____ non daté : retient les diagnostics de vestibulopathie périphérique gauche, vestibulopathie centrale vraisemblablement post-traumatiques. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. 8. Rapport du Dr W. _____, neurochirurgien, à la Dresse V. _____, du 22.09.2008 : rappelle les diagnostics précédemment mentionnés et propose des infiltrations facettaires C4-5. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. 9. Courrier du Dr P. _____ à Olivier Carré, du 13 février 2009 : ce courrier porte sur la question de causalité, qui n'est pas pertinente dans la décision de l'AI. Au surplus, il est fait état d'une normalisation de l'examen de contrôle en octobre 2008.

E. 4.2.2

; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). En l'espèce, il n'y pas de comorbidité psychiatrique et les autres critères évoqués par la jurisprudence ne sont pas remplis, de sorte qu'une atteinte invalidante au sens de l'AI devrait de toute manière être niée.

E. 5

Traumatisme crânio-cervical.

E. 6

L'évolution s'explique par l'accident seul.

E. 7

Quelle est la capacité de travail actuelle à la suite de l'accident ? Si une incapacité de travail, même partielle, devait subsister, à partir de quand peut-on raisonnablement exiger de

l'assuré qu'il reprenne complètement le travail ? Actuellement la capacité de travail n'est que de 50%, ceci jusqu'au 31.12.2007.

- 7 -

E. 8

Quelles sont les amplitudes fonctionnelles des cervicales ? Complètes.

E. 9

Est-ce que l'état de santé actuel peut être considéré comme stabilisé ? Non. Sinon, dans quel délai le sera-t-il ? Fin 2007.

E. 10

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. Le recourant ayant eu la possibilité de s'exprimer à multiples reprises, une audience n'apparaît pas utile. Les requêtes en ce sens du recourant doivent ainsi être rejetées. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

E. 11

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit

- 56 - se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu à allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

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