

VD_GERICHTE ZD11.024423 vom 27. Juni 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.024423

FR: VD_GERICHTE ZD11.024423 du 27 juin 2013

IT: VD_GERICHTE ZD11.024423 del 27 giugno 2013

Erwägungen

E. 7

Un traitement médical susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré entre-t-il en compte? a) si oui quel traitement? Je ne peux me prononcer que pour la sphère ophtalmologique. En ce qui concerne la chorioretinopathie séreuse centrale, il n'y a pas de traitement à proposer actuellement étant donné qu'il n'y a pas de décollement séreux rétinien et que la maculopathie est cicatricielle aux deux yeux. Le pronostic visuel est bon, même si certains patients peuvent être à nouveau symptomatiques, en cas de réactivation de la maladie rétinienne. En ce qui concerne les migraines ophtalmiques classiques, M. S._____ n'a pas encore de traitement efficace pour stopper les importantes crises de céphalées, ceci malgré une médication par des médicaments de la famille des «triptans». On peut se poser la question de l'adéquation d'un traitement de fond, préventif, en utilisant des bêtabloqueurs per os ou encore de l'amitriptyline. Ce traitement devrait être discuté avec le neurologue traitant du patient. S'il s'agit de migraines ophtalmiques classiques, le pronostic est généralement bon, la fonction visuelle n'étant pas atteinte entre les crises migraineuses. Je relèverais le fait que les crises migraineuses de ce patient sont stéréotypées, toujours à droite, qu'elles n'étaient pas présentes avant l'accident du 15.01.2002, et que M. S._____ se sent «bizarre. Déconnecté», comme «décalé» par rapport au monde réel durant ses crises. Une IRM cérébrale me semblerait adéquate, essentiellement au vu du fait que les crises migraineuses de ce patient sont toujours du même côté. b) Quel est votre pronostic: Concernant la chorioretinopathie séreuse centrale, il est possible que M. S._____ présente d'autres épisodes de décompensation, à la faveur d'un stress important par exemple. Il n'y a pas de mesures préventives qui permettraient d'enrayer le phénomène. Par rapport aux autres patients ayant présenté spontanément une chorioretinopathie séreuse centrale, le risque de M. S._____ n'est pas augmenté, que ce soit pour de nouvelles récurrences ou pour une péjoration de sa fonction visuelle. De même, il est tout à fait possible que la fonction visuelle de ce patient soit stationnaire jusqu'à la fin de ses jours. Concernant les crises de migraines ophtalmiques classiques, la majorité des patients sont améliorés par un traitement, qu'il soit ponctuel ou qu'il s'agisse d'un traitement de fond. Il est en effet rare, mais pas impossible, qu'une personne souffrant de migraines n'arrive pas à être améliorée par les traitements disponibles à ce jour. Le pronostic de ce patient concernant la fréquence et

- 4 - l'importance des migraines ne pourra donc être donné qu'après une durée de traitement adéquate, en accord avec le neurologue traitant de M. S._____, la Dresse Z._____.

E. 8

Capacité de travail ? a) dans quelle mesure l'assuré est-il apte à exercer l'activité de directeur commercial d'une entreprise de matériel auxiliaire pour handicapé ? Sur le plan neuropsychologique, nous retenons au maximum une incapacité de travail de 20% dans

l'activité antérieure; telle que nous l'a définie S. _____, soit "responsable du recrutement, de la formation et du suivi des vendeurs". b) des limitations, en raison de séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré ? Suite à l'accident, S. _____ formule des plaintes dont le bien-fondé est certainement partiellement soutenu par les résultats de notre évaluation neuropsychologique. c) le cas échéant, quelles sont-elles ? Voir réponse 8 a Cette incapacité est notamment liée au ralentissement, aux troubles mnésiques et à la fatigabilité. d) une reprise, éventuellement partielle, de l'activité professionnelle est-elle possible à court ou moyen terme ?

- 11 - Probablement, si le syndrome douloureux est traité avec succès. [...]

E. 9

L'assuré souffre-t-il d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ? A 17 mois de l'accident du 15 janvier 2002, nous ne considérons pas que l'état médical soit stabilisé. Un délai d'au moins six mois nous paraît souhaitable avant qu'un pourcentage d'atteinte à l'intégrité soit retenu. [...]» - Le rapport d'expertise du 26 mars 2004 établi par le Centre F. _____, dont la teneur est notamment la suivante (cf. arrêt Casso AA 84/10 – 61/2011, p. 7 à 10): «[...] [Sur le plan neurologique], sur la base des éléments à notre disposition, il est probable que Monsieur S. _____ a présenté lors de l'accident du 15.1.2002 un TCC mineur suivi d'un syndrome post- commotionnel expliquant les maux de tête, les troubles de la mémoire et de la concentration, la fatigue et la fatigabilité et les sensations vertigineuses. Il est probable également qu'il a présenté une distorsion cervicale et une contusion cervico-dorso-lombaire banale. Deux ans après l'événement accidentel, si l'on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel la persistance de maux de tête à caractère migraineux en tant que céphalées post- traumatiques, de quelques rachialgies, de quelques sensations vertigineuses ainsi que de troubles de la mémoire et de la concentration, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent être mises en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 15.1.2002 au demeurant d'importance modeste. Il est également frappant que l'ensemble des mesures thérapeutiques tentées jusqu'ici n'ait eu aucun effet sur les plaintes. D'un point de vue strictement neurologique, bien que le patient signale la persistance de maux de tête survenant à une fréquence de plusieurs épisodes par semaine, des sensations vertigineuses, des troubles visuels, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité et des sensations vertigineuses, nous estimons, pour les éléments susmentionnés, qu'il n'est pas possible de retenir d'incapacité de travail significative en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. Il existe vraisemblablement des facteurs de surcharge psychogène malgré l'absence de pathologie psychiatrique significative. [...] Sur le plan ostéo-articulaire, nous avons examiné les images de l'IRM lombaire. Il ne peut être établi une relation de causalité que tout au plus possible entre ces images et l'accident. Des lésions de

- 12 - ce type peuvent rester durant des années asymptomatiques (prévalence de 19.5% de lésions radiologiques dans une population asymptomatique pour une classe d'âge de moins de 40 ans et 50% pour 40 ans et plus). [...] En l'espèce, il y a lieu de retenir que l'accident du 15.1.2002, soit une chute de sa hauteur, n'a pas revêtu l'importance particulière requise. Il n'y [a] pas eu de syndrome radiculaire déficitaire constaté dans les premiers jours après l'accident. Un syndrome vertébral cervical et lombaire a été lui décrit depuis l'accident. Selon l'expérience médicale habituelle, un syndrome vertébral révélé par un accident mais non provoqué par celui-ci, retrouve le statu quo ante après une période de 6 mois, voire un

an au maximum. Nous estimons donc que le statu quo ante en ce qui concerne le syndrome vertébral a été atteint en janvier 2003. Sur le plan ophtalmologique il est possible de s'en tenir au rapport d'expertise du Docteur X. _____ daté du 1er juillet 2003. Celui-ci a posé un diagnostic de maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'oeil droit qu'à gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale (épithéliopathie rétinienne diffuse). Notre confrère estime que sur le plan ophtalmologique, Monsieur S. _____ devrait être apte à exercer son activité antérieure. Les troubles visuels de l'oeil droit (métamorphopsies très modérées, ainsi que très légère diminution de l'acuité visuelle de l'oeil droit) ne sont pas suffisants pour entraver de manière significative un tel emploi à plein temps. Par ailleurs il ne retient pas d'atteinte à l'intégrité, la baisse de l'acuité visuelle et de l'atteinte campimétrique n'étant pas suffisamment prononcée selon les tables de la SUVA. Sur la plan psychologique on ne peut pas mettre en évidence, lors de cet examen unique, de pathologie psychiatrique particulière, par contre le patient frappe par un côté lisse sur le plan émotionnel, alors qu'il décrit une symptomatologie majeure avec un handicap important, le tout sans la moindre émotion apparente. Il n'y a aucun signe notamment d'état de stress post traumatique, la capacité de travail sur le plan psychique est entière. [...] 4. Diagnostic? - Probable syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale simple (degré I à II selon la Québec Task Force). - Migraines post-traumatiques. - Hernie discale et compression foraminale L4-L5 5. Causalité naturelle (merci de motiver vos réponses) 5.1 Lesquelles de vos constatations sont pour le moins partiellement en relation de causalité probable avec l'accident du 15.01.2002 ? Pour les éléments développés plus haut, il apparaît que Monsieur S. _____ a présenté lors de l'accident du 15.1.2002 un TCC mineur avec commotion cérébrale suivi d'un syndrome post-commotionnel et une probable distorsion cervicale de degré I à II selon la Québec Task Force. Il a vraisemblablement également présenté une contusion rachidienne banale.

- 13 - Sur la base des éléments susmentionnés, on peut donc admettre que l'apparition des troubles est en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 15.1.2002. Si l'on peut admettre la persistance encore actuellement de céphalées post-traumatiques ainsi que d'un syndrome post-commotionnel après distorsion cervicale mineure, il apparaît difficilement possible d'accepter une relation de causalité naturelle entre l'importance actuelle des troubles ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail d'une part et le caractère objectivement modeste de l'événement accidentel du 15.1.2002. Les lésions observées sur l'IRM lombaire du 15.8.2003 suggèrent qu'une hernie discale L4-L5 a pu être révélée mais non provoquée par le traumatisme qui n'a pas une intensité suffisante pour être à l'origine de cette pathologie. Le statu quo ante/sine a été atteint en janvier 2003. 5.2. Pour autant qu'il subsiste des séquelles en relation de causalité probable avec l'accident du 15.01.02, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états malades antérieurs, d'autres facteurs étrangers non-accidentels ou des suites d'accidents précédents ? Cas échéant, lesquels sont-ils et degré (%) de l'influence ? En ce qui concerne le syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale, il n'y a pas de facteurs étrangers à l'événement accidentel jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas si ce n'est d'éventuels facteurs psychiques qui n'ont pas été mis en évidence lors du présent bilan. Les discopathies C4-C5 et C5-C6 mises en évidence aux radiographies standards de la colonne cervicale pratiquées le 7.3.2003 ne jouent vraisemblablement pas de rôle dans l'évolution du cas. Pour ce qui est de la hernie, les séquelles décrites actuellement par l'assuré sont à mettre sur le compte d'un facteur étranger non accidentel qui est la dégénérescence discale. 5.3. L'accident du 15.01.02 a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2. ? Statu

quo ante ou sine rétabli? Sur le plan strictement neurologique, il n'y avait pas d'état antérieur significatif. Sur le plan orthopédique, il y a probablement un état antérieur sous forme de dégénérescence discale L4-L5. On peut considérer que la chute sur les fesses, de sa hauteur, a pu révéler la pathologie, et créer une aggravation transitoire de celle-ci. Le statu quo sine est considéré comme rétabli après six mois, soit au début 2003. 6. Capacité de travail Comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 15.01.2002 ? 6.1. Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré(e) est-il (elle) apte à exercer son activité de directeur des ventes? La capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée préalablement est complète. Il n'y a pas de baisse de rendement, pas de limitations. [...] 8. Atteinte à l'intégrité

- 14 - L'assuré(e) souffre-t-il (elle) d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec: au moins la même gravité, pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale ? Cas échéant, quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de L'OLAA)? Merci de motiver votre réponse. Une éventuelle part en raison de facteurs étrangers à l'accident ou résultant d'un accident antérieur doit être évaluée (%) séparément. Sur le plan strictement neurologique, on peut admettre en tant que conséquence de l'événement accidentel du 15.1.2002 la persistance de céphalées migraineuses post-traumatiques, d'un syndrome post commotionnel discret et d'un syndrome après distorsion cervicale léger pouvant entraîner une perte à l'intégrité de 5%. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité sur les plans orthopédique, ophtalmologique et psychique.» - Une expertise effectuée le 9 novembre 2004 par le Dr M. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, au terme de laquelle ce médecin a posé les diagnostics suivants (cf. arrêt Casso AA 84/10 – 61/2011, p. 10): «F 32.8 Episode dépressif Actuellement en rémission partielle HDRS: 10/12 Echelle des troubles de l'humeur Hirschfeld/Weber-Rouget, Aubry: 0 point sur 13 IMC: 22, fourchette normale DD: Pas de troubles de la personnalité ni de troubles anxieux selon les critères de la CIM-10 Syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) Si je note une plainte essentiellement algique, elle ne s'accompagne pas de sentiment de détresse et elle ne survient pas dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux suffisamment importants que pour être considérés par un clinicien comme la cause essentielle du trouble. Diagnostic exclu.» Le Tribunal fédéral amené à se prononcer à la suite du recours de l'assuré contre l'arrêt de la Cour des assurances sociales du 16 mai 2011, a rendu un arrêt le 8 juin 2012 (TF 8C_447/2011). Il a rejeté le recours, niant l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la symptomatologie persistant après le 31 mars 2004. Il a motivé sa position comme suit:

- 15 - «[...] Par ailleurs, l'atteinte à la santé persistant après le 31 mars 2004 est essentiellement de nature neurologique, comme l'a relevé le docteur X. _____, selon lequel les troubles strictement ophtalmologiques (métamorphopsies très modérées et très légère diminution de l'acuité visuelle de l'œil droit) ne sont pas suffisamment importants pour entraver de manière significative la capacité de travail de l'assuré dans son activité habituelle (rapport du 1er juillet 2003). Rien ne s'opposait dès lors à ce que le complément d'instruction fût confié à un neurologue. En outre, on ne saurait reprocher au docteur B. _____ de n'avoir pas suffisamment pris position sur les conclusions du docteur X. _____. Le rapport d'expertise du docteur B. _____ traite de tous les aspects déterminants pour le droit éventuel à des prestations et contient des réponses soigneusement motivées aux questions posées. En ce qui concerne en particulier l'absence de lien de

causalité, ce rapport contient suffisamment d'éléments pour mettre en doute la fiabilité des conclusions du docteur X. _____, selon lesquelles le lien de causalité entre l'accident et les céphalées pulsatiles accompagnées de troubles visuels doit être admis au seul motif que l'assuré ne souffrait pas de céphalée avant cet événement.» B. Dans l'intervalle, l'assuré a déposé, le 17 février 2009, une demande de prestations AI pour adultes auprès de l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé), avec la précision quant au genre de l'atteinte «traumatisme crânien occasionnant des crises de migraine ophtalmique précédées d'auras répétitives journalières et traumatisme cervical-vertébral». Dans un rapport médical du 8 mai 2009 à l'OAI, le Dr K. _____ a posé les diagnostics de traumatisme crânien et commotion cérébrale, hématomes révélés par l'IRM et chorioretinite séreuse centrale à l'oeil gauche, provoquant dès le 15 janvier 2002 des migraines ophtalmiques sévères répétitives chroniques associée à traumatisme cervicodorso- lombaire (invalidant depuis lors). Il précisait que ces troubles n'existaient pas avant l'accident du 15 janvier 2002 et estimait que l'assuré était en incapacité totale de travailler depuis cette date. Le Dr P. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR), s'est basé sur l'expertise du Dr B. _____ et a retenu ce qui suit dans son avis médical du 9 février 2010:

- 16 - «[...] Il persiste jusqu'à ce jour des migraines avec aura chroniques (migraines ophtalmiques), qui sont cependant fortement atypiques pour l'expert neurologue Dr B. _____; en effet, leur chronicité (8 ans), leur extrême fréquence et l'absence complète d'effet des divers traitements tentés sont surprenants. Il est aussi inhabituel qu'un assuré qui souffrirait de migraines à ce point chroniques et invalidantes ne soit pas déprimé. Il pourrait donc s'agir de céphalées psychogènes. Quel que soit le diagnostic, selon l'expert, des céphalées chroniques ne devraient pas entraîner de limitation fonctionnelle significative dans un travail de type directeur commercial. Il n'y a donc pas d'atteinte incapacitante au sens de l'AI.» Par projet de décision du 16 février 2010, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, au motif qu'il ne présentait pas d'atteinte invalidante. L'assuré a contesté ce projet de décision. Il a fait valoir que le rapport d'expertise du Dr B. _____, sur lequel s'était basé l'OAI pour lui refuser ses prestations, n'était pas relevant, cet expert ayant été mandaté par la R. _____ avec laquelle il était en litige. Il considérait que l'avis du Dr X. _____ devait primer, compte tenu de l'arrêt du Tribunal fédéral du 21 septembre 2007. Il a en outre requis un complément d'instruction, à savoir la sollicitation du Dr X. _____ pour qu'il reprenne l'examen de son cas. Il a joint à son opposition l'arrêt du Tribunal fédéral du 21 septembre 2007, le rapport d'expertise du Dr X. _____ du 1er juillet 2003, un certificat médical du Dr K. _____ du 24 mai 2010 attestant une prolongation d'arrêt complet de travail du 24 mai au 16 juillet 2010, ainsi que celui de la Dresse Z. _____ du 15 juin 2010 indiquant que l'assuré souffrait d'une migraine post-traumatique depuis l'accident du 15 janvier 2002 avec des céphalées vingt à vingt-cinq jours par mois et qu'il restait donc en incapacité totale de travailler depuis lors. Selon un avis du 1er février 2011, le Dr D. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin au SMR, a relevé que les migraines dont souffrait l'assuré n'étaient pas du domaine d'excellence du Dr X. _____, que sur la question neurologique l'expertise du Dr B. _____ prévalait et qu'il n'avait par conséquent aucune raison de modifier sa

- 17 - position. Le Dr D. _____ a dès lors maintenu les conclusions du rapport d'examen SMR du 9 février 2010. Dans un avis du 18 mai 2011, le Dr W. _____, spécialiste en anesthésiologie et médecin au SMR, a retenu qu'il convenait de se référer au rapport

d'expertise neurologique du Dr B. _____, le Dr X. _____ reconnaissant implicitement que le problème était d'ordre neurologique et non ophtalmologique. Le Dr W. _____ a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du Dr B. _____ et a conclu à l'absence de limitation fonctionnelle significative dans l'activité habituelle de l'assuré. Par courrier du 25 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il maintenait sa position et a confirmé son projet de décision du 16 février 2010 par décision du même jour. C. Par acte du 29 juin 2011, S. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 25 mai 2011, concluant, sous suite de frais et dépens, à la réformation de la décision querellée en ce sens qu'une rente de l'assurance-invalidité lui est octroyée à compter de janvier 2003. Il s'en remet à justice pour la fixation du taux d'invalidité. Pour l'essentiel, il fait valoir que l'appréciation médicale du Dr X. _____, consistant à retenir un effet incapacitant des migraines, prime sur celle du Dr B. _____. Il requiert en outre un complément d'instruction sous la forme de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Le 13 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a soutenu que les appréciations des deux experts ne s'opposaient pas, mais se complétaient. Il considérait en outre que l'instruction médicale était adéquate pour se déterminer sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité. Par écriture du 11 octobre 2011, le recourant a confirmé ses conclusions.

- 18 - Dans leurs courriers des 11 octobre 2011, 17 décembre 2012, et 18 février 2013, les parties ont maintenu leurs positions. Le 26 février 2013, le Tribunal a informé les parties du fait que la cause paraissait suffisamment instruite et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu. 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 (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 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. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le droit éventuel du recourant à une rente d'invalidité. 3. a) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes:

- 19 - - sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); - il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); - au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let.c). 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 pour un taux d'invalidité de 70% au moins. L'art. 29 al. 1 LAI prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b) 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 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

- 20 - c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lie à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculologique; les constatations d'un expert

- 21 - revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). 4. a) S'agissant de la date de l'ouverture du droit à la rente, il y a lieu de constater que celle-ci n'entre en considération qu'à compter du 1er août 2009, étant donné la date à laquelle est intervenu le dépôt de la demande, à savoir le 17 février 2009 (art. 29 al. 1 et 3 LAI). b) Cela étant, il convient d'évaluer l'incapacité de travail du recourant pour la période concernée. Pour se prononcer, l'intimé a considéré que le recourant présentait une capacité de travail entière tant dans son activité que dans une activité adaptée, en se fondant

sur le rapport d'expertise du Dr B._____. Le recourant, pour sa part, conteste cette appréciation, en se référant notamment aux rapports médicaux de ses médecins traitants. S'agissant des troubles ophtalmologiques, le Dr X._____ a retenu, dans son rapport du 1er juillet 2003, que le recourant présentait une maculopathie cicatricielle bilatérale, plus marquée à l'œil droit qu'à l'œil gauche, secondaire à une chorioretinopathie séreuse centrale. Cette atteinte était responsable d'une très légère diminution de l'acuité visuelle à l'œil droit ainsi que de métamorphopsies modérées de l'œil droit. De l'avis du Dr X._____, ce trouble ophtalmologique n'était pas de nature à entraver de manière significative l'exercice de son activité habituelle à temps plein, ce qui n'a d'ailleurs fait l'objet d'aucune contestation de la part du recourant. En outre, aucun autre document médical au dossier ne permet de conclure à une appréciation différente. Concernant les maux de tête, il convient de rappeler que le Dr X._____, ophtalmologue, a notamment constaté, en 2003, qu'ils présentaient un caractère invalidant pour le recourant et préconisait dès lors la mise en place d'un traitement de fond à discuter avec le neurologue traitant. En 2004, les médecins du Centre F._____ parvenaient à des conclusions opposées, à savoir l'absence d'effet incapacitant des maux de

- 22 - tête, raison pour laquelle le Tribunal fédéral a ordonné la mise en œuvre d'une nouvelle expertise dans son arrêt du 21 septembre 2007. Le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a été mandaté à cette fin, puisque les migraines ophtalmiques dont se plaint le recourant relèvent du domaine neurologique et non ophtalmologique. Au sujet de son rapport d'expertise du 12 janvier 2010, le recourant soutient que le Dr B._____ ne s'est pas prononcé sur l'effet incapacitant des maux de tête, se limitant à examiner la question spécifique du lien de causalité dans le cadre de la procédure en assurance-accidents. Or, il apparaît que le Dr B._____ ne s'est pas limité à exclure un lien de causalité naturelle avec l'accident. En effet, il a envisagé divers diagnostics et considéré que celui de migraines avec aura typique n'était pas le plus probable, en motivant clairement son avis. Cet expert a relevé qu'il existait de nombreuses atypies dans les plaintes formulées par l'assuré: le caractère chronique et extrêmement fréquent des accès depuis huit ans, l'absence d'effet des traitements tentés, le fait qu'il s'agissait toujours de migraines avec aura et que les troubles visuels étaient systématiquement monoculaires droits. Il notait également que la très grande majorité des patients qui souffraient de migraines chroniques et invalidantes, avaient une thymie abaissée et se présentaient comme des personnes lasses et épuisées par leur symptomatologie, ce qui n'était manifestement pas le cas du recourant. Cela étant, le Dr B._____ a envisagé d'autres diagnostics tels que céphalées post-traumatiques ou syndrome post-commotionnel, d'une part, et céphalées de tension ou céphalées psychogènes, d'autre part, qui permettaient d'expliquer tout au plus une partie des plaintes de l'assuré. Ce médecin a considéré que ces diagnostics ne pouvaient pas expliquer l'importance de ces plaintes et ne devaient pas entraîner d'incapacité de travail significative dans une activité de type directeur commercial, en l'absence de pathologie psychiatrique sous-jacente. Ces constatations rejoignent, pour l'essentiel, celles des médecins du Centre F._____ et du Dr M._____. Enfin, il y a lieu de constater que le rapport d'expertise du Dr B._____ remplit les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante. En effet, ce rapport a été établi en connaissance du dossier médical et de l'anamnèse. Les plaintes exprimées par le recourant et les constatations cliniques ont été dûment décrites, les

- 23 - conclusions sont claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Il n'y a ainsi aucune raison de s'en écarter. Quant aux certificats médicaux des Dr K. _____ et Z. _____ produits par le recourant à l'appui de son opposition du 16 juin 2010, ils ne sont pas de nature à mettre en doute les constatations du Dr B. _____. En effet, ces médecins n'apportent aucun élément médical qui n'était pas déjà connu et qui n'aurait pas été pris en compte par le Dr B. _____ dans son appréciation médicale. Le Dr K. _____ s'est limité à prolonger un arrêt de travail sans autres explications et la Dresse Z. _____ n'a fait que mentionner la fréquence élevée des migraines présentées par le recourant. Dans ces circonstances, il convient de constater que le recourant présente bien une capacité de travail entière tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, de sorte que l'intimé n'a pas violé le droit fédéral en lui refusant le droit à la rente. 5. Le recourant requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire. Dans la mesure où le dossier est complet, et qu'il permet ainsi à la présente autorité de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise judiciaire (appréciation anticipée des preuves, Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 6. Vu ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. 7. a) 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 se

- 24 - situer entre 200 fr. 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 être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). b) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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