

VD_GERICHTE ZD13.007796 vom 17. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.007796

FR: VD_GERICHTE ZD13.007796 du 17 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.007796 del 17 giugno 2014

Erwägungen

E. 15

juin 2012, dont il a repris la motivation. A teneur d'une lettre explicative du même jour, l'office a exposé en substance que l'expertise du Centre Z._____ et son complément avaient pleine valeur probante et qu'en l'espèce, au vu du dossier, un examen orthopédique ne s'avérait manifestement pas nécessaire. B. B._____ a recouru le 25 février 2013 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique judiciaire et, sur le fond, à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des conclusions de l'expertise orthopédique à intervenir. En substance, la recourante relève que le Dr J._____ a évoqué une problématique ostéoarticulaire dans son rapport du 14 mars 2011 et que, conformément à l'avis du SMR du 31 mai 2011, le mandat confié au Centre Z._____ portait sur une expertise psychiatrique et orthopédique. Ce centre ayant procédé à une évaluation dépourvue de volet orthopédique, l'assurée considère que la cause a dès lors été instruite de manière lacunaire. En outre, le Dr G._____ ayant été appelé par le passé à l'ausculter puis à rédiger un rapport la concernant le 28 mai 2009, la recourante estime que ce médecin avait l'obligation de se récuser, le rapport du 28 mai 2009 rendant « plus que vraisemblable » l'existence d'une opinion préconçue de ce spécialiste à son endroit. Par réponse du 22 avril 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. D'une part, l'OAI réfute toute lacune d'instruction sur le plan médical et se réfère en particulier à un avis du 8 avril 2013 des Drs - 17 - P._____ et V._____ du SMR, aux termes duquel ces médecins estiment qu'il se justifiait en l'espèce de procéder à une expertise comportant un volet psychiatrique et un volet neurologique, compte tenu des divers documents au dossier évoquant un coup du lapin en 2005, des exigences propres à ce type de problématique et des plaintes de l'assurée concernant non seulement des douleurs cervicales mais également parfois des vertiges ainsi que des troubles d'allure neuropsychologique sans origine médicale démontrée. D'autre part, l'OAI considère que les griefs de la recourante quant à une éventuelle récusation du Dr G._____ ne peuvent être reçus, l'intéressée ayant attendu la présente procédure de recours pour s'en prévaloir. Par écriture du 8 juillet 2013, la recourante a indiqué qu'elle n'avait pas de remarques complémentaires à formuler et a pour le surplus renvoyé aux motifs et conclusions de son recours ainsi qu'à ses objections du 20 août 2012. 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'AI (cf. art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'AI (cf. art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 56, 58 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être

déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé en temps utile selon les formes prescrites par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

- 18 - b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la recourante présente, en raison d'une atteinte à la santé, une diminution de sa capacité de travail et de sa capacité de gain susceptible de lui ouvrir le droit à des prestations 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 (cf. art. 8 al. 1 LPGA et art. 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 (cf. 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

- 19 - exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. A teneur de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière. b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 ; cf. TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (cf. ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; cf. TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.2). c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée,

qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être

- 20 - écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, 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 confident 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (cf. ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; cf. TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (TF 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1 et la référence citée). 4. Se fondant sur le rapport d'examen clinique psychiatrique du SMR du 17 janvier 2011 ainsi que sur le rapport d'expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrie du Centre Z. _____ du 2 mars 2012 et son complément du 11 mai 2012, l'OAI considère que la recourante ne présente pas d'atteintes somatiques ou psychiques susceptibles d'entraver sa capacité de travail et de gain. La recourante, pour sa part, conteste cette appréciation se prévalant, d'une part, d'un motif de récusation à l'encontre de l'expert

- 21 - neurologue du Centre Z. _____ – le Dr G. _____ – et en invoquant, d'autre part, une instruction lacunaire sur le plan médical. 5. En ce qui concerne tout d'abord le motif de récusation invoqué à l'encontre du Dr G. _____, la recourante rappelle avoir été auscultée courant 2009 par ce médecin, lequel avait à l'époque formulé les conclusions suivantes dans son rapport du 28 mai 2009 : « pour ce qui est des douleurs cervicales, le présent bilan n'objectivise pas d'atteinte neurologique associée. Pour ce qui est de la "boule" faciale gauche, pas d'éléments pathologiques certains mis en évidence sur le plan neurologique. Pour ce qui est des troubles sensitivo-moteurs distaux du moment supérieur gauche, ces derniers trouvent leur explication dans une atteinte du nerf cubital gauche ». Voyant dans ce rapport médical l'indice d'une opinion préconçue du Dr G. _____ à son égard, l'assurée en déduit que ce praticien avait l'obligation de se récuser dans le cadre du mandat d'expertise confié au Centre Z. _____ et que, dans la mesure où il ne l'a pas fait, les conclusions émises à l'issue de l'expertise en question ne peuvent être suivies (cf. mémoire de recours du 25 février 2013 p. 2). a) Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce

domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (cf. ATF 132 V 93 consid. 7.1 et l'arrêt cité). En cas de litige, il ne convient pas de confier une expertise à un médecin traitant étant donné le conflit qui peut résulter de son rôle à la fois de fournisseur de soins, d'une part, et d'expert, d'autre part. Toutefois, le simple fait qu'il a déjà eu l'occasion d'examiner une personne n'empêche pas d'emblée un médecin de se voir confier plus tard une

- 22 - expertise. Il n'y a pas non plus de prévention inadmissible lorsqu'il aboutit à des conclusions défavorables à une partie. Il en va autrement si les circonstances donnent objectivement l'apparence de la prévention et font craindre une activité partielle, comme lorsque le rapport d'expertise n'est pas neutre ni objectif. Dans ce cas, il faut admettre l'existence d'un motif de récusation (cf. ATF 127 I 196 consid. 2b ; cf. TF 8C_160/2009 du 23 décembre 2009 consid. 3.2.2 ; cf. TFA I 832/04 du 3 février 2006 consid. 2.3.1 et I 29/04 du 17 août 2004 consid. 2.2 et les références). Selon la jurisprudence rendue en matière de récusation d'un juge, applicable par analogie à la récusation d'experts judiciaires (cf. ATF 134 V 93 consid. 7.1), ainsi qu'aux expertises ordonnées par l'administration (cf. VSI 2001 p. 111, I 128/98 du 21 janvier 2000), il est contraire à la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour tirer ensuite argument, à l'occasion d'un recours, du motif de récusation, alors que celui-ci était déjà connu auparavant (cf. ATF 132 II 485 consid. 4.3 ; cf. consid. 1b non publié de l'ATF 126 V 303 [SVR 2001 BVG 7 p. 28 et les arrêts cités] ; cf. Jacques Olivier Piguet, *Le choix de l'expert et sa récusation : le cas particulier des assurances sociales*, in REAS 2011, p. 135). b) En l'espèce, la recourante n'allègue pas – et a fortiori ne démontre pas – que, dans le cadre du mandat d'expertise confié au Centre Z._____, l'appréciation du Dr G._____ manquerait de neutralité ou d'objectivité. Elle se prévaut simplement d'un rapport thérapeutique antérieur pour contester l'impartialité de l'expert neurologue, ce qui n'est pas suffisant au vu de la jurisprudence évoquée ci-dessus. Au reste, rien dans le rapport d'expertise du 2 mars 2012 ou son complément du 11 mai 2012 ne permet de conclure à l'apparence d'une prévention. En particulier, le rapport d'expertise ne fait aucun secret des consultations de l'assurée auprès du Dr G._____ courant 2009 puis en avril 2010 et résume les observations formulées par ce médecin dans ce contexte (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 6). Ces éléments ont été évoqués objectivement, dans une perspective anamnétique, et s'ils constituent un aspect de l'évaluation clinique effectuée lors de l'expertise du Centre

- 23 - Z._____ (cf. *ibid.* p. 9 et 14 ss), on cherche en vain toute trace susceptible d'indiquer que l'appréciation de l'expert G._____ aurait été influencée par des impressions subjectives qu'il aurait pu concevoir suite aux deux consultations de 2009 et 2010. Dans ces conditions, les griefs invoqués par l'assurée à l'encontre de l'impartialité de l'expert neurologue apparaissent dénués de fondement. A cela s'ajoute que la recourante avait d'emblée connaissance des motifs de récusation qu'elle invoque à l'encontre du Dr G._____. Lorsque l'OAI lui a communiqué le nom de celui-ci, à l'occasion de la convocation du 28 juin 2011, elle n'a soulevé aucune objection, ni n'a informé l'office du fait qu'elle avait déjà consulté ce médecin par le passé. Après l'expertise, elle n'a pas

d'avantage émis de critiques sur ce plan auprès de l'OAI, se prévalant uniquement d'une instruction médicale globalement insuffisante à réception du projet de décision du 15 juin 2012. Ce n'est qu'après la décision du 23 janvier 2013 qu'elle a pour la première fois fait valoir le grief de prévention à l'encontre du Dr G. _____, ce qui est contraire à la bonne foi et ne saurait donc être admis. Dans ces circonstances, il convient d'autant plus d'écarter le grief de prévention soulevé par la recourante. 6. Cela étant, il reste à examiner si l'office intimé était fondé à nier l'existence d'atteintes incapacitantes sur la base du rapport d'examen clinique psychiatrique établi par le Dr L. _____ du SMR le 17 janvier 2011 ainsi que du rapport d'expertise du Centre Z. _____ du 2 mars 2012 et son complément du 11 mai 2012. a) Sur le plan somatique, il ressort du dossier que la recourante, connue par le passé pour des troubles oculaires et digestifs n'étant plus d'actualité, a par ailleurs été victime d'un accident de la route en 2005, à la suite de quoi elle a développé des cervicalgies associées à des problèmes de vertiges, des difficultés de concentration, de la fatigabilité et des troubles du sommeil.

- 24 - Il est constant que des troubles au niveau cervical ont été mis en avant dans le cadre de la présente affaire. A l'occasion de l'expertise du Centre Z. _____, il est notamment apparu que cette problématique avait motivé une consultation auprès de l'orthopédiste E. _____ en 2007 et que celui-ci avait réalisé une tentative d'infiltration partiellement positive (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 5) ; pour le reste, on ignore tout des conclusions formulées à l'époque par ce médecin. Face à la persistance des douleurs au niveau cervical, la dénervation des articulations C2-C3, C3-C4, C5-C6 et C6-C7 a été pratiquée par le Prof. N. _____ en 2009 et 2010, entraînant une amélioration de la symptomatologie à ce niveau (cf. rapports des 19 mai, 3 septembre et 29 septembre 2010). Dans son avis du 14 mars 2011, le Dr J. _____ a toutefois insisté sur la problématique ostéoarticulaire de l'assurée. Quant à la Dre Q. _____, médecin traitante, elle a indiqué le 16 mars 2011 que l'atteinte cervicale induisait notamment des douleurs intermittentes, une impossibilité à rester dans la même position trop longtemps, une limitation du mouvement de la tête et une diminution de la force du côté gauche. Cela étant, le SMR a observé que les renseignements étaient maigres sur le plan ostéoarticulaire et a de ce fait préconisé la mise en œuvre d'une expertise comportant un volet orthopédique aux fins de déterminer l'importance de l'atteinte cervicale, de définir les limitations fonctionnelles y relatives et d'arrêter la capacité de travail exigible dans ce contexte (cf. avis médical SMR des Drs W. _____ et C. _____ du 31 mai 2011). A juste titre, la recourante observe cependant que le volet somatique de l'expertise a en définitive été confié non pas à un orthopédiste mais à un neurologue. Sur ce point, le SMR – et corollairement l'OAI – estime que le choix d'un expert neurologue était justifié dès lors que les plaintes de l'assurée concernaient non seulement des douleurs cervicales mais également parfois des vertiges ainsi que des troubles d'allure neuropsychologique sans origine médicale démontrée (cf. avis médical SMR du 8 avril 2013 des Drs V. _____ et P. _____). Il convient toutefois de souligner que l'orthopédie et la neurologie constituent deux domaines distincts de la médecine. Ainsi, le fait qu'un avis neurologique ait été recueilli pour évaluer certaines conséquences physiques d'un coup du lapin ne suffit pas pour exclure la nécessité d'un

- 25 - avis orthopédique, voire rhumatologique, en présence d'indices d'une atteinte concrète de l'appareil locomoteur. Dans le cas particulier, cette ligne de conduite n'a manifestement pas été respectée. Il est en effet constant que l'IRM fonctionnelle réalisée en

2008 au Centre H. _____ de [...] – dont il faut certes tenir compte avec une certaine réserve, dès lors qu’il ne s’agit pas d’une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale (cf. TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.2 et les références citées) – a mis en évidence une lésion du ligament alaire gauche de degré I à II selon Krakenes, que les radiographies réalisées le 9 juin 2009 par le Dr K. _____ ont montré une lésion ligamentaire intéressant l’articulation atlanto-odontoidienne ainsi qu’un trouble statique de la colonne cervicale, et que le Dr F. _____ a observé le 23 juin 2009 des irrégularités au niveau de la musculature paravertébrale gauche – ouvrant un diagnostic différentiel entre des lésions post-traumatiques inflammatoires, idiopathiques ou bio-mécaniques – ainsi qu’un déplacement de la partie supérieure de la dent de C2. Par ailleurs, si la prise en charge orthopédique réalisée en 2007 par le Dr E. _____ (dont on ignore les conclusions à ce jour) a rencontré un succès partiel et si les interventions pratiquées en 2009 et 2010 par le Prof. N. _____ ont permis la disparition de la symptomatologie en C5-C6 et C6-C7 et une amélioration partielle en C2-C3 et C3-C4 (cf. rapport du 29 septembre 2010), il demeure que tant le Dr J. _____ (cf. rapport du 14 mars 2011) que la Dresse Q. _____ (cf. rapport du 16 mars 2011) ont persisté à signaler une atteinte ostéoarticulaire, respectivement une atteinte cervicale engendrant des limitations non négligeables. Ces différents points – que le neurologue G. _____ n’a examinés que superficiellement s’agissant par exemple du caractère banal des atteintes observées par le radiologue K. _____ (cf. rapport d’expertise du 2 mars 2012 p. 15) – auraient de toute évidence mérité d’être appréciés par un médecin disposant de connaissances spécialisées en orthopédie. Pris dans leur totalité, les éléments qui précèdent démontrent par conséquent l’existence de troubles ostéoarticulaires qui n’ont en tant que tels, jusqu’à aujourd’hui, pas fait l’objet d’une analyse suffisamment circonstanciée. Sur ce point, dès lors, le dossier médical s’avère incomplet.

- 26 - On ajoutera ici par surabondance que postérieurement à l’expertise du Centre Z. _____, mise en œuvre entre juillet et septembre 2011, l’assurée a produit un rapport du 10 mai 2012 du Dr R. _____ consécutif à un CT-scan thoracique, concluant à une sémiologie compatible avec une pseudarthrose au niveau de la sixième côte, avec une réaction pleurale de voisinage relativement significative, ainsi qu’à des bulles d’emphysème apicales au niveau du parenchyme pulmonaire, avec notamment trois nodules pour lesquels une surveillance par CT-scan sur 18 mois était préconisée. A ce propos, le SMR a observé que cette constatation radiologique ne pouvait être analysée sans confrontation avec les plaintes et les constatations cliniques et que tant le Prof. N. _____ que les experts du Centre Z. _____ n’avaient pas reconnu de caractère incapacitant aux douleurs thoraciques de l’assurée (cf. avis médical SMR des Drs W. _____ et Y. _____ du 7 novembre 2012). Le SMR omet toutefois de relever que le Prof. N. _____ comme les experts du Centre Z. _____ – qui ont évoqué les douleurs thoraciques de la recourante respectivement en 2010 et 2011 – ignoraient tout de l’atteinte thoracique objectivée en 2012, leurs conclusions reposant à cet égard sur des données fragmentaires. A ce jour, il reste qu’aucun médecin n’a encore analysé les constatations radiologiques du 10 mai 2012 à la lumière d’un examen clinique objectif et des plaintes subjectives de l’assurée, ni à plus forte raison émis un avis éclairé sur la question, ce qui constitue sous cet angle également une lacune d’instruction, étant souligné que le rapport radiologique du 10 mai 2012 n’a pas été transmis au Centre Z. _____ pour avis. Sur le plan neurologique, les experts du Centre Z. _____ ont retenu des troubles sans substrat somatique clairement objectivable et sans impact sur la capacité de travail. Ils ont estimé que les plaintes formulées par

l'intéressée ne pouvaient être rattachées à une atteinte somatique significative et ils ont estimé que la relation de causalité entre les plaintes et l'événement accidentel de la mi-septembre 2005 était tout au plus possible, voire exclue. Ils n'ont toutefois fourni aucune explication sur ce dernier point. On relèvera notamment que, bien qu'ayant signalé l'examen neurologique réalisé en 2008 par le Dr A._____ (cf. rapport

- 27 - d'expertise du 2 mars 2012 p. 5), les experts n'ont en revanche fait aucune mention des conclusions de ce médecin. Ainsi, ils ne se sont pas prononcés sur le fait que le Dr A._____ avait retenu l'existence d'un syndrome douloureux complexe semblable à un syndrome post-distorsion cervicale, considérant que les symptômes présentés par l'assurée seulement un mois après son accident étaient semblables à ceux observés en cas de whiplash ou distorsion cervicale et que lorsque la prise en charge initiale et le suivi n'avaient pas pu être effectués d'une manière rassurante, on découvrait souvent de telles extensions sur tout le corps (cf. rapport du 23 juillet 2008) – avis manifestement partagé par la Dresse Q._____ selon laquelle les symptômes de l'assurée seraient de plus en plus connus suite à des lésions traumatiques cervicales (cf. rapport du 22 octobre 2009). En ce sens, l'appréciation paraît insuffisamment motivée sous l'angle neurologique et ne permet notamment pas de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence – et a plus forte raison sur l'impact – d'une atteinte dépourvue de substrat organique à la suite d'un traumatisme de type coup du lapin survenu en septembre 2005, étant précisé que des règles spécifiques sont applicables pour apprécier l'invalidité induite par de tels traumatismes (cf. sur la question ATF 136 V 279). A l'aune de ce qui précède, force est de constater que l'instruction s'avère insuffisante sur le plan somatique. b) Au niveau psychique, on rappellera que le Dr L._____ du SMR a retenu que l'assurée ne présentait aucune pathologie psychiatrique passée ou actuelle et que, sous cet angle, la capacité de travail était entière dans toute activité et ce depuis toujours. Quant aux experts du Centre Z._____, ils ont admis que la recourante présentait un trouble de l'humeur léger persistant sans précision, présent probablement depuis 2006, mais ont retenu que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr L._____ a motivé sa position de manière particulièrement succincte, sans réelle explication, et n'a du reste pas

- 28 - convaincu le SMR qui a estimé qu'une expertise avec un volet psychiatrique et, le cas échéant, des tests psychologiques/neuropsychologiques s'imposait (cf. avis médical SMR du 31 mai 2011) – raisons pour lesquelles le rapport d'examen clinique de ce psychiatre du 17 janvier 2011 ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans. Par ailleurs, contrairement au SMR et à l'OAI, le présent tribunal ne peut non plus se fier aux conclusions de l'expertise du Centre Z._____, dont les experts admettent s'être prononcés sur la base de données anamnestiques lacunaires (cf. notamment rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 15). A l'examen du dossier, on constate en particulier que les médecins de l'Unité de santé au travail de l'Etat de Vaud ont évoqué un état dépressif réactionnel en 2006 et que, par compte-rendu du 9 octobre 2007, la Dresse S._____ a précisé qu'une problématique majoritairement psychique avait été mise en évidence en 2006, qu'une évaluation psychiatrique avait ensuite été réalisée par le Dr U._____ – en 2007, selon les précisions ultérieurement fournies par l'assurée (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 6) – mais que les résultats de cette évaluation demeuraient inconnus, l'intéressée n'ayant pas délié ledit psychiatre du secret médical ; le Prof. N._____ a par ailleurs implicitement évoqué des difficultés psychiques en indiquant qu'un éventuel programme de réinsertion professionnelle devrait être adapté à la personnalité de l'assurée

(cf. rapport du 19 mai 2010). On peut dès lors s'étonner que, nantie de ces informations, l'administration n'ait à aucun stade tenté d'obtenir de plus amples renseignements auprès du corps médical ou de l'assurée (le cas échéant en l'avertissant des conséquences d'un défaut de collaboration) et que les experts n'aient quant à eux pas vu la nécessité d'approfondir ces points afin d'étoffer l'anamnèse. L'attitude des experts est d'autant moins compréhensible qu'ils ont exposé n'avoir pu explorer la personnalité de la recourante en raison d'une anamnèse personnelle trop floue ne permettant pas de déterminer avec suffisamment de fiabilité s'il y avait ou non des difficultés personnelles et sociales antérieures à l'origine d'une souffrance, un trouble de la personnalité apparaissant généralement dans l'enfance ou l'adolescence

- 29 - (cf. complément d'expertise du 11 mai 2012 ch. 1). Or, dans la mesure où une lecture attentive du dossier permettait d'identifier des mesures d'instruction susceptibles d'étayer l'anamnèse, on peine à comprendre qu'aucune démarche n'ait été effectuée dans ce sens, respectivement que les spécialistes du Centre Z. _____ aient préféré laisser ouverte la question d'un trouble de la personnalité plutôt que de réserver leurs conclusions dans l'attente de renseignements complémentaires. A cela s'ajoute qu'en dépit des critiques émises dans ce sens par le Dr J. _____ (cf. avis du 14 mars 2011) ainsi que du mandat initialement décrit par le SMR (cf. avis médical du 31 mai 2011), les experts du Centre Z. _____ n'ont pas procédé à des tests psychologiques. Contrairement à ce paraît suggérer le SMR (cf. avis médical du 7 novembre 2012, en relation avec le complément d'expertise du 11 mai 2012), les experts ne pouvaient toutefois se retrancher derrière une anamnèse trop floue, ne permettant pas d'évaluer la personnalité de la recourante, pour renoncer à effectuer des tests psychologiques alors même que ces tests auraient permis d'apporter des repères objectifs dans un dossier médical comportant de nombreuses zones d'ombre au niveau de l'anamnèse. Pour l'ensemble de ces motifs, la Cour ne peut donc se rallier aux conclusions du volet psychiatrique de l'expertise du Centre Z. _____. Au demeurant, on notera qu'à l'époque de la mesure d'orientation professionnelle suivie au Centre X. _____ du 27 septembre au 24 décembre 2010, l'assurée s'est distinguée par une attitude coupée de la réalité et un discours difficilement compréhensible lié aux effets de sa médication, et qu'elle a paru agitée et fébrile au point de conduire les différents intervenants à suspecter un trouble psychique. Certes, ces observations ont été faites dans le contexte d'un stage professionnel et n'ont pas la même valeur que des données médicales (cf. TFA I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). On peut toutefois déplorer que ces données – qui tranchent manifestement avec le comportement de l'assurée décrit lors des examens cliniques pratiqués au SMR puis au Centre Z. _____ – n'aient aucunement été intégrée à l'analyse des experts intervenus dans le présent dossier. Il est vrai que les tests sanguins réalisés en 2011 n'ont pas mis en évidence une consommation médicamenteuse problématique.

- 30 - Pour le reste, le Dr L. _____ n'a pas même évoqué le stage précité, contemporain de son examen clinique, tandis que les spécialistes du Centre Z. _____ ont uniquement mentionné la mise en œuvre d'une telle mesure, sans autre précision. Dans ces conditions, on ne peut qu'être frappé par la description de diverses facettes du comportement de l'assurée, qui demeurent en l'état inexplicables. Il résulte de l'ensemble de ces considérations que, sur le plan psychique également, l'instruction mérite d'être complétée.

c) Sous l'angle neuropsychologique, les tests réalisés par les spécialistes du Centre Z. _____ ont mis en évidence une collaboration difficile, un manque d'effort avec des

rendements anormalement faibles dans un test mnésique conçu pour détecter un effort incomplet dans la recherche de réponse et enfin des résultats incompatibles avec le niveau de formation de l'assurée (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 16). Ultérieurement, les experts ont précisé que le défaut d'effort manifeste ne permettait pas de conclure à un diagnostic de simulation et que ce défaut d'effort pouvait être pour le moins partiellement conscient, voire complètement (cf. complément d'expertise du 11 mai 2012). S'il n'est pas contesté que le défaut d'effort de l'assurée ne peut suffire pour conclure à une simulation, on ne peut en revanche suivre l'hypothèse avancée par les experts du Centre Z. _____ quant à l'origine délibérée ou non du défaut d'effort constaté. En effet, les lacunes du dossier sur le plan psychique ne permettent pas en l'état d'exclure une éventuelle pathologie pouvant justifier en tout ou en partie le manque d'implication de la recourante dans les tests proposés et expliquer en quoi les résultats obtenus seraient ou non compatibles avec la formation universitaire de celle-ci. Autrement dit, les lacunes d'instruction constatées sur le plan psychique ne permettent pas de prendre position sur le plan neuropsychologique. d) Finalement, on relèvera par surabondance que les pièces du dossier montrent que le cas de l'assurée a fait l'objet d'un examen de

- 31 - la part de la Caisse de pension de l'Etat de Vaud, dont le médecin conseil a conclu que l'intéressée était en droit de bénéficier de prestations dites d'invalidité totale et durable à la fonction, opinion partagée par le Dr J. _____ de l'Unité de santé au travail de l'Etat de Vaud (cf. courrier du Dr J. _____ des 9 et 16 mai 2011). Toutefois, la teneur du raisonnement de ces médecins demeure inconnue en l'état du dossier, l'intimé n'ayant pas demandé la communication de leurs conclusions aux fins d'étayer un dossier pourtant lacunaire – ce qui témoigne là encore de l'insuffisance de l'instruction. d) En résumé, il apparaît que des lacunes d'instruction subsistent tant sur le plan somatique que sur les plans psychique et neuropsychologique. Les carences du dossier se reflètent d'ailleurs dans le fait que les experts du Centre Z. _____ ont avoué ne pas être parvenus à trouver d'explication cohérente et unificatrice aux dysfonctionnements constatés (cf. rapport d'expertise du 2 mars 2012 p. 16). A cet égard, les experts ne pouvaient éluder leurs incertitudes quant à l'origine des troubles observés en niant toute incapacité de travail sur la base de la seule intensité de la symptomatologie (cf. complément d'expertise du 11 mai 2012), alors même qu'ils n'avaient pas réussi à en déterminer clairement l'étiologie. En effet, on voit mal comment il serait possible d'apprécier en toute connaissance de cause l'intensité d'une symptomatologie dont on ignorerait la cause. Par conséquent, à défaut d'informations médicales suffisantes, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher le litige à satisfaction de droit. 7. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de

- 32 - 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 (cf. 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 (cf. 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; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, il s'avère que le dossier de la cause présente des lacunes sur le plan médical, non seulement sur le plan somatique mais également sous les angles psychiques et neuropsychologiques. Compte tenu de ces carences, ni l'état de santé de la recourante dans sa globalité, ni les conséquences de son état de santé sur sa capacité de travail n'ont pu être établis à satisfaction de droit. Dans ces circonstances, il se justifie d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Dans ce contexte, il appartiendra à l'intimé de procéder aux mesures d'instruction utiles afin de compléter l'instruction médicale auprès des différents spécialistes ayant examiné la recourante depuis 2005, puis de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (comportant un volet orthopédique, un volet neurologique, un volet psychiatrique et un volet neuropsychologique) en vue de définir les troubles de la recourante et leur impact éventuel sur la capacité de travail de cette dernière. Sur cette base, il incombera ensuite à l'OAI, par le biais

- 33 - d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit aux prestations de l'intéressée. 8. a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 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 judiciaires (cf. art. 69 al. 1bis 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 sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD par renvoi de l'art. 99 al. 1 LPA-VD).

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