

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2018

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

P. _____, à [...], recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat
à Lausanne,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

Art. 43 al. 1 LPGA et art. 28 LAI

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, a travaillé pour le compte d'A._____ SA du 23 mars 2008 au 30 juin 2013. Le 7 novembre 2009, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'il circulait normalement au volant de sa voiture, il a percuté frontalement le côté droit d'un véhicule immobilisé sur sa voie de circulation à la suite d'une perte de maîtrise. Il a subi à cette occasion un mécanisme d'accélération/décélération de la colonne cervicale. Le même jour, l'assuré a bénéficié de premiers soins au Centre K._____ sous la forme d'une médication antalgique. A la suite de l'accident, l'assuré a très rapidement présenté des symptômes tels que des troubles de la concentration et de la mémoire, une importante fatigabilité, des céphalées récurrentes, des absences, des troubles de la vue et de l'audition.

A compter du 1^{er} novembre 2013, l'assuré a travaillé pour la société M._____ SA. Victime d'épuisement, il a été en arrêt de travail à 50 % à partir du 8 octobre 2014, puis à 100 % à partir du 27 octobre 2014. L'assuré a été licencié pour le 31 juillet 2015.

P._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 août 2015. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a recueilli des renseignements médicaux auprès des médecins de l'assuré et fait verser les dossiers constitués par l'assureur perte de gain maladie ainsi que par l'assureur-accidents.

Il ressort du dossier que le Professeur F._____, spécialiste en neurologie, a procédé le 22 février 2011 à une évaluation neurologique complète de l'assuré, comprenant en particulier un examen neurosonologique ainsi qu'un électroencéphalogramme. Dans son rapport du 24 février 2011, il a rendu compte en ces termes de son appréciation :

Ce patient, qui a été victime d'un sévère Whiplash en novembre 2009, présente comme symptomatologie actuelle persistante, des troubles cognitifs qui le gênent aussi bien dans son activité privée

que professionnelle. Il doit tout noter, il a des oublis extrêmement fréquents, dont certains sont tout de même alarmants. Il oublie de fermer sa voiture, son appartement, il n'arrive pas à gérer deux affaires en même temps dans son travail.

Au cours de notre première investigation de ce jour, l'examen neurologique complet est parfaitement normal, l'examen Doppler précérébral et transcrânien est excellent. Nous n'avons aucune pathologie menaçante, pas de dissection carotidienne, une circulation intracérébrale tout à fait bonne. Nous avons procédé encore à un EEG dont l'activité de base alpha est parfaitement normale.

Du fait que le patient avait déjà eu un scanner natif et semble-t-il une IRM, examens normaux, nous ne voyons pas la nécessité de refaire l'IRM. Par contre, il est impérieux, au vu des plaintes du patient, de compléter les investigations par un examen spécialisé de la mémoire, du fait que notre premier examen, le Mini Mental Status, était encore dans les normes.

Je remercie le Professeur H. _____ **de le convoquer à sa convenance.** Je reverrai le patient après cette évaluation.

Le 26 mars 2011, l'assuré a été examiné par le Dr H. _____, spécialiste en neurologie, lequel a conclu comme suit son rapport du 1^{er} avril 2011 :

En conclusion, l'examen effectué chez ce patient de 31 ans, tout à fait collaborant et adéquat, conscient de ses troubles qu'il décrit avec justesse, non ralenti mais passablement fatigable en fin de séance, montre la préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées (langage, praxies, gnosies, mémoire, fonctions exécutives et attention), les performances se situant globalement dans la moyenne. Relevons en revanche un score d'anxiété significatif à l'échelle HAD. Par ailleurs, bien que cet examen ne montre formellement aucune difficulté, soulignons que la fatigabilité du patient interfère vraisemblablement avec ses performances, ces dernières étant moins bonnes qu'attendues en fin de séance. De plus, nous pouvons sans doute inférer l'impact de cette fatigabilité sur la vie professionnelle du patient, d'autant plus que les tâches qu'il a à accomplir requièrent certainement plus de ressources attentionnelles que celles effectuées dans le présent examen.

Nous vous proposons de revoir Monsieur P. _____ dans un délai de 12 mois environ, afin de suivre son évolution. Dans l'intervalle, l'introduction d'un traitement médicamenteux à visée anxiolytique et/ou antidépressive nous semble indiquée, afin de lui permettre de disposer au mieux de ses ressources.

A la demande de son médecin traitant, l'assuré s'est soumis à une évaluation neuropsychologique. Celle-ci a eu lieu en date du 4 avril 2011 au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre

K. _____ sous la responsabilité notamment de la Professeure W. _____, cheffe de service, dont elle a rendu compte dans un rapport du même jour. Dans une lettre d'accompagnement du 5 avril 2011, la Professeure W. _____ a souligné les éléments suivants :

Cette évaluation a mis en évidence des performances dans les limites des normes hormis des signes discrets d'une fatigabilité accrue et des difficultés attentionnelles.

Anamnestiquement nous retenons que votre patient a été la victime de la voie publique le 07.11.09 (choc frontal), sans perte de connaissance mais avec une amnésie circonstancielle très probablement de quelques minutes.

Le patient nous a appris qu'il a repris très rapidement son activité professionnelle à 100% et qu'il a maintenu ce taux de travail depuis. Néanmoins il nous fait part du fait que son rendement est très vraisemblablement diminué. A notre connaissance il n'y a pas une évaluation objective de son rendement actuellement. De même nous retenons des plaintes portant à l'audition (acouphènes, perte auditive des 2 côtés) ainsi qu'ophtalmologiques.

En absence d'antécédents neurologiques ou neurochirurgicaux, il est fort probable que les discrets signes neuropsychologiques sont en relation avec l'accident du 07.11.09. Ils sont à l'origine d'une probable diminution de rendement.

Dans un rapport du 22 avril 2011 consécutif à un examen du 19 avril précédent, le Professeur F. _____ s'est exprimé en ces termes :

J'ai longuement revu ce patient suite à ma première évaluation qui était consécutive à l'accident dont il n'était pas fautif avec traumatisme crânien et Whiplash en novembre 2009.

J'avais proposé d'effectuer, au vu des plaintes, un bilan extensif des tests de la mémoire. Je vous adresse le rapport de mon ami le Dr H. _____.

Dans l'ensemble, l'examen est heureusement encore satisfaisant. Il y a une préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées mais le patient est extrêmement fatigable, surtout en fin de séance, et dans l'échelle anxiodépressive, il y a une légère part d'anxiété. Un nouveau bilan du même type serait souhaitable dans 12 mois.

Actuellement, le patient se plaint toujours de n'être plus comme avant dans ses performances cognitives et professionnelles. Il vient d'échouer la 2^{ème} année de revalorisation de ses certificats. Il travaille dans la sécurité informatique à A. _____ SA.

Il se plaint depuis 3 semaines de douleurs basicervicales qui irradient dans les régions bifrontales, douleurs qui sont plus ou moins continues. Il se plaint également depuis une semaine environ

d'être réveillé précocement entre 4h00 et 4h30 du matin. Il poursuit la chiropractie chez le Dr [...] une ou deux fois par mois.

Après une longue discussion et en ayant analysé les résultats de ces tests de la mémoire pour que le patient comprenne les résultats, je lui ai bien fait comprendre que ceci peut être encore la conséquence de cet accident de circulation. Mais il n'y a pas de déficit grave donc on doit escompter à une amélioration progressive et à récupérer les fonctions cognitives comme auparavant. Mais ceci peut mettre du temps...

Je ne serais pas enclin à vouloir donner un médicament antidépresseur ou anxiolytique trop fort pour ne pas perturber sa « fatigue cérébrale ».

A teneur du rapport du 1^{er} septembre 2011 du Professeur F._____, l'assuré présentait une fatigue continuelle et des troubles de la concentration. Selon les déclarations de l'assuré, il dormait plus de douze heures par jour durant les vacances, mais restait constamment fatigué. Il présentait notamment des ronchopathies et des apnées. Compte tenu de la fatigue nocturne et de l'excès pondéral avec une prise de poids depuis l'accident de 17 kg, le Professeur F._____ suggérait de faire un Holter ambulatoire du sommeil avec polygraphie respiratoire, oxymétrie et actimétrie des membres inférieurs. Un suivi par un nutritionniste était également nécessaire.

L'assuré a subi différents examens liés à ses troubles du sommeil. Il ressort du rapport du 24 octobre 2011 du Professeur F._____ que le sommeil de l'assuré était plus ou moins continu, avec une certaine quantité physiologique, mais la qualité n'y était pas car il n'y avait aucune structure cyclique et une seule petite courte phase de cinq minutes de sommeil calme profond. La polygraphie respiratoire ne révélait que quelques apnées mixtes pendant une certaine période en décubitus dorsal, qui ne désaturaient pas le tracé. Le Professeur F._____ a proposé à l'assuré de faire un bilan précis de la cavité buccale et de savoir s'il n'était pas possible d'envisager éventuellement une prothèse d'avancement.

L'assuré a été revu par le Professeur F._____ le 6 décembre 2011. On extrait ce qui suit de son rapport du 15 décembre 2011 adressé au Professeur H._____ :

Je te serais infiniment reconnaissant si tu pouvais recevoir à nouveau ce sympathique patient que j'ai reçu à nouveau en contrôle neurologique et pour le suivi de sa dyssomnie, suite à la polysomnographie du 19 octobre 2011 (cf rapport ci-joint).

Ce patient a eu également une investigation auprès du Dr [...] (cf rapport ci-joint) où malheureusement il y a des séquelles de son accident sous forme d'une surdité et d'acouphènes définitifs post-traumatiques.

Il a eu une 1^{ère} consultation auprès de la Dresse [...] où il doit décrire comment il mange, à quelle vitesse et quelle quantité d'alimentation avant d'envisager un programme pour maigrir, compte tenu des rhonchopathies observées à l'examen du sommeil. Le Holter ambulatoire du sommeil a révélé un sommeil sans une quelconque structure cyclique, aucune phase de rêve. On a observé quelques apnées mixtes, pseudopériodiques, d'une durée de dix secondes au maximum. Sinon, le sommeil fluctue constamment en stade de somnolence et de sommeil léger au stade II. Il n'y a pas de phase par contre de désaturation.

Le patient, qui travaille toujours dans l'informatique, manifeste les mêmes troubles qui sont inquiétants pour son avenir professionnel. Il a une amnésie circonstancielle toujours totale de l'accident. Il a une fatigabilité accrue, bien qu'il dorme beaucoup, il est constamment fatigué durant la journée, doit arrêter certaines activités, telles que les activités sportives. Il a toujours ces problèmes de mémoire, de distractibilité. Ceci le gêne considérablement dans son travail. On a allégé son poste pour 2012, mais il craint d'être peut-être licencié. Avant, il était hyperactif, de type « Ferrari », mais maintenant il est plutôt à la vitesse type « Peugeot », ce qui l'inquiète beaucoup, tout comme ses employeurs. Il oublie constamment ce qu'il doit faire, il doit constamment utiliser des check-lists, autant pour son travail que pour le privé.

Il a des problèmes de concentration, n'arrive pas à suivre une discussion ou lors d'un colloque avec ses collègues. Il fait de nombreuses erreurs. Il n'arrive pas à traiter plusieurs tâches simultanément.

Il doit réfléchir constamment à ce qu'il doit faire.

Ensuite, il a des absences qui sont en fait des phénomènes de distraction, entre dans une pièce, ne sait pas pourquoi, découvre des choses chez lui et ne sait pas pourquoi il les avait déplacées. Il lui arrive même de parquer sa voiture, alors qu'il a une place officielle qui lui est destinée, sur la place d'un collègue.

Il présente toujours des céphalées par intermittence, qu'il essaie de juguler avec du Dafalgan.

Il y a ce problème en plus d'acouphènes et de surdité. Enfin, il a des troubles de l'accommodation, malgré de nouvelles lunettes progressives.

De ce fait, je pense qu'il est impérieux que tu puisses refaire un bilan extensif de la mémoire, compte tenu de son évaluation du 26 mars 2011, qui montrait déjà une fatigabilité en fin de séance, une préservation encore de l'ensemble des fonctions cognitives (langage, praxie, gnosie, mémoire, fonctions exécutives). J'ai l'impression que ce patient s'est aggravé.

Selon un rapport du 4 juillet 2013 du Dr L._____, médecin conseil de l'assureur accident et spécialiste en neurologie, les atteintes neurocognitives que l'assuré faisait valoir après une entorse du rachis cervical n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident du 7 novembre 2009. Il n'y avait jamais eu de lésion cérébrale de nature traumatique et l'accident n'avait pas donné lieu à une atteinte à l'intégrité susceptible d'être dédommée. Il n'était pas possible de démontrer de diminution de la capacité de travail à la suite de l'accident. Le Dr L._____ a ajouté qu'en dépit des résultats réjouissants des examens, l'assuré avait développé une dynamique propre associée à une péjoration clinique, sans lien de causalité avec l'accident. La conséquence clinique d'une « spirale de crainte » était apparue avec une anticipation négative du déroulement de l'accident. Elle présentait les traits indubitables d'une atteinte psychiatrique évocatrice d'une composante hypocondriaque anxio-dépressive et devait bénéficier d'investigations et également d'une prise en charge de nature psychiatrique, si nécessaire, sans que ces mesures ne soient à la charge de l'assurance-accident.

Dans un rapport du 23 septembre 2015, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics de « séquelles de traumatisme cérébral, stress post-traumatique et épuisement professionnel type burn-out ». La capacité de travail était principalement limitée par la fatigabilité neurologique et intellectuelle, des déficits de concentration et de mémoire, qui apparaissaient après soixante minutes, parfois moins, et aboutissaient parfois à de petites absences, même des endormissements spontanés. La capacité de travail était réduite à 20 % et un arrêt de travail à 100 % était encore nécessaire, probablement pour une période importante. Un traitement par ostéopathie et chiropraxie était en cours, afin de diminuer autant que possible les séquelles neurologiques.

Il ressort du rapport du 9 octobre 2015 du Dr T._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, que le diagnostic posé par le Dr B._____, pouvait être confirmé. Le pronostic n'était pas favorable et l'incapacité totale de travail était toujours en cours. Les restrictions physiques étaient une baisse de la concentration et une fatigabilité importantes. La capacité de concentration et d'adaptation ainsi que la résistance étaient limitées.

L'assureur perte de gain maladie a mandaté le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour réaliser une expertise psychiatrique de l'assuré.

A la demande de l'expert, Mme Z._____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, a effectué un examen neuropsychologique, dont les conclusions avaient la teneur suivante :

Le présent examen a été effectué dans de bonnes conditions chez un assuré adéquat, collaborant, non ralenti mais légèrement fatigable, nosognosique de ses difficultés cognitives. Les résultats intra-tests et inter-tests sont cohérents et, par conséquent, l'examen peut être considéré comme valide. Il met en évidence des résultats dans la norme, voire la norme supérieure à très supérieure, dans l'ensemble des fonctions testées (langage oral et écrit, calcul, praxies constructives, mémoire immédiate, mémoire épisodique antérograde verbale et visuo-spatiale, fonctions exécutives d'incitation, d'inhibition, de flexibilité mentale, de planification, de mémoire de travail, vitesse de traitement de l'information, attention sélective et attention divisée).

Les performances de l'assuré sont compatibles avec son niveau d'efficacité intellectuelle très supérieur, mesuré en mars 15 à l'échelle d'intelligence pour adultes de Wechsler par Mme [...], qui a mis en évidence un profil à haut potentiel intellectuel (HPI). Ces excellentes ressources intellectuelles et cognitives permettent à l'assuré de performer malgré la fatigabilité. Néanmoins, après 1h15 d'entretien on relève des plaintes concernant l'apparition de tensions dans la nuque et d'une sensation de fatigue.

Compte tenu des résultats susmentionnés, il n'existe aucune limitation fonctionnelle sur le plan strictement cognitif. L'examen d'une durée de 2h20 ne permet néanmoins pas de mesurer l'endurance sur une plus longue période.

Dans son rapport du 4 février 2016, le Dr D._____ a conclu à l'absence de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'assuré présentait toutefois un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse, sub-clinique, et une personnalité narcissique (sur fond d'une structure état limite) sub-décompensée, non invalidants. Les éléments suivants ressortaient également du rapport :

5.3. APPRECIATION DE LA CAPACITE DE TRAVAIL SELON LA MEDECINE DES ASSURANCES

Actuellement, Monsieur P._____ présente tout au plus de légers symptômes anxio-dépressifs, qui dans la règle ne justifient [pas] un arrêt de travail chez les sujets qui en souffrent.

On ne retient pas non plus un syndrome post commotionnel, dont Monsieur P._____ ne remplit pas les critères. Il n'y a pas de signe focal apparemment sur le plan neurologique, ni sur le plan cognitif. Les examens réalisés par Mme Z._____ du 08.01.2016, démontrent qu'il n'y a aucune limitation sur le plan strictement cognitif lors d'un examen de 2 h 20. Telle a d'ailleurs aussi été notre impression sur un examen de plus de trois heures. Il est certain que Monsieur P._____ soit probablement préoccupé par les problèmes juridiques que rencontrent ses parents ainsi que lui-même, mais les répercussions au niveau strictement clinique sont pour l'heure minimales.

Nous estimons que sa capacité de travail est entière, et ceci dans toute activité, au plus tard le 01.12.2015, sans baisse de rendement.

Frappe chez Monsieur P._____ une personnalité qui se manifeste par des traits de caractère et une représentation de lui-même mégalomane, sans atteindre néanmoins la limite du gravement pathologique. Manifestement, l'assuré a surinvesti son activité professionnelle en s'identifiant littéralement à la réussite et à l'image que celle-ci pouvait lui renvoyer, et qui semble avoir fait office d'écran entre lui et la réalité. Un banal accident en 2009 semble être venu briser en partie ses mécanismes de défense. Tous les échecs, les failles, les insuffisances au niveau professionnel lui sont attribués, car ainsi Monsieur P._____ ne se sent pas impliqué, il "n'y est pour rien".

5.4. PROPOSITION DE TRAITEMENT

Nous n'avons pas de recommandations particulières. Il n'y a pas non plus d'indication à une reconversion professionnelle sous l'égide de l'assurance invalidité. C'est dans son domaine habituel que Monsieur P._____ pourra au mieux valoriser sa capacité de travail. Peut-être devra-t-il envisager un travail plus sédentaire, moins astreint à des voyages. En définitive, il s'agit d'un sujet rigide, avec des capacités adaptatives relatives qui doit adapter ses ambitions à ses forces et faiblesses.

5.5. PRONOSTIC

Objectivement, le pronostic est bon, mais il existe des tendances au "juridisme". Monsieur P._____ n'accepte pas les décisions qui vont à l'encontre de ses croyances.

Dans un avis du 26 février 2016, le Dr B._____ a fait part de son étonnement quant au rapport d'expertise du 4 février 2016 et confirmé que l'assuré présentait une symptomatologie dépressive qui fluctuait entre les critères d'une dépression moyenne et d'une dépression sévère. L'état dépressif était secondaire, surajouté, à une limitation importante dans le temps des capacités cognitives, mnésiques et de concentration de l'assuré, démontrée par de nombreux spécialistes, et qui étaient les conséquences d'un traumatisme cérébral lors de l'accident de 2009. Selon le Dr B._____, l'assuré avait tout fait pour se maintenir dans ses activités professionnelles de haut niveau, malgré son handicap et grâce à une capacité intellectuelle supérieure. Il l'avait néanmoins payé d'un épuisement massif psychique et physique, qui était à l'origine de ses incapacités de travail et qui soutenait son état dépressif. L'assuré présentait des troubles du sommeil importants, une anxiété diffuse, une prise de poids de 25 kg, une anhédonie, un apragmatisme et une incapacité à se projeter dans l'avenir tant professionnel que pour des objectifs privés.

Par avis du 19 avril 2016, le Dr S._____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a estimé qu'il était difficile de faire le lien entre l'accident de 2009 et le burn-out constaté en 2014 seulement, ainsi que le suivi psychiatrique débuté en mai 2015, avec un changement d'employeur entretemps. La situation médicale n'était pas stabilisée et il y avait lieu d'actualiser les informations du psychiatre traitant.

Par courrier du 23 mai 2016 adressé à l'OAI, le Dr B._____ a confirmé que son suivi avait débuté en mai 2015 et que l'incapacité totale de travail perdurait pour une période encore indéterminée en raison du triple diagnostic de séquelles de commotion cérébrale, épuisement physique et psychique type burn-out et dépression moyenne à grave. L'action psychothérapeutique sur les symptômes de l'assuré était limitée

au vu des origines physiques de la problématique. Une réadaptation professionnelle paraissait inutile. En annexe était joint un rapport qu'il avait établi le 6 mars 2016 à l'attention de l'avocat de son patient. On en extrait ce qui suit :

Objectivement, je constate à chaque séance de notre suivi, soit plus de 25 séances depuis le mois de mai 2015, qu'après 40 à 50 minutes d'entretien, Monsieur P._____ a plus de peine à se concentrer, que son attention est plus difficile à maintenir, et qu'il doit faire des efforts pour se remémorer certains faits.

Lors de certaines séances, il a même succombé à des endormissements spontanés de courte durée.

Ce scénario s'est répété avec une grande régularité et démontre une **fatigabilité importante** de ses fonctions cognitives, nécessitant une **période de récupération bien au-dessus des normes (plusieurs heures)** et qui est **incompatible avec un exercice professionnel de plus de 2 heures par jour**.

La fatigabilité est une **conséquence directe de son traumatisme crânien**.

Elle est associée à une perte de conscience, une amnésie circonstancielle suivies de nombreux épisodes de désorientation spatiale et temporelle ainsi que des nausées ayant provoqué une deuxième hospitalisation moins de 48 heures après l'accident.

Ces désorientations spatio-temporelles sont réapparues à diverses reprises durant les mois suivants.

L'ensemble [de] ce qui précède **ne correspond pas à la définition d'un traumatisme crânien léger ni à un syndrome somatoforme**.

Je ne puis en expliquer tous les mécanismes, car je ne suis pas neurologue, mais ces symptômes sont **clairement apparus après l'accident et sont compatibles avec les séquelles de commotion cérébrale**.

A cela s'ajoute des souffrances cervicales qui nécessitent des séances de chiropraxie régulières, des acouphènes, une perte d'audition sur les 2 oreilles, des troubles de la vision et des céphalées.

Tous ces symptômes sont apparus **à la suite de l'accident** et persistent encore actuellement hormis les nausées et les vertiges qui se sont dissipés progressivement au cours de la première année.

Ils ont tous été constatés et documentés par des spécialistes parfaitement reconnus qui confirment l'importance du traumatisme cérébral, et ne sont pas d'origine psychologique.

Le problème particulier à l'histoire de Monsieur P._____ est lié à **un potentiel intellectuel très au-dessus de la moyenne** (QI égal à 138 pour une norme de 100 et un maximum de 150) ainsi qu'à une volonté, une combativité, qui lui ont permis de faire du sport à haut niveau mais surtout lui ont valu des postes à haute responsabilité dans le domaine de la sécurité informatique.

Ces caractéristiques de son fonctionnement, haut QI et volontariste, donnant toujours le meilleur de lui-même, sont très favorables pour une progression professionnelle, voire sportive.

Cependant, dans le contexte des suites de son accident, ces qualités se sont retournées contre lui, entre autres, lors des tests neuropsychologiques dont il est sorti totalement épuisé mais ayant mis toutes ses forces à faire de son mieux, **ce qui a pu leurrer la personne en charge de ces examens.**

Cet aspect a également été relevé par Madame Z._____, neuropsychologue, dans son rapport du 8 janvier 2016.

Dans la même logique, bien que sérieusement handicapé par les suites de son accident, son caractère combatif, associé à une performance intellectuelle hors norme lui ont permis de se maintenir dans des activités professionnelles, mais au prix d'un épuisement psychique et physique massif devenu évident en 2014.

Cet **épuisement physique et psychique d'origine professionnel** correspond à un syndrome de type Burn-Out important et est clairement consécutif (secondaire) aux conséquences de son traumatisme cérébral dû à l'accident.

Un état dépressif s'est instauré parallèlement.

Cet état dépressif est en lien avec son épuisement massif et psychique mais aussi avec une détresse et un désespoir, lié à la diminution de son endurance, tant sur le plan cognitif, que de sa concentration, ou de sa mémoire de travail, mais aussi à l'incapacité logique de se projeter de manière optimiste dans l'avenir, tant en ce qui concerne sa santé que sa carrière professionnelle, mais aussi sa vie privée de manière plus générale.

Cet état a encore été aggravé par les très longues et pénibles procédures juridiques qui l'occupent encore aujourd'hui avec toutes les conséquences, financières et anxieuses que cela suppose.

Monsieur P._____ a donc le sentiment d'avoir tout perdu depuis cet accident donc il est la victime.

Il présente aujourd'hui les symptômes d'une **dépression moyenne à grave et qui est clairement secondaire aux conséquences de son accident**, de son épuisement professionnel, et de l'anxiété liée à la procédure juridique encore en cours depuis plus de 6 ans, **en plus des conséquences neurologiques de sa commotion (primaires).**

L'ensemble de ces diagnostics sont la conséquence directe (primaire) et indirecte (secondaire) de son accident. Ils sont à l'origine de l'arrêt de travail à 100% depuis octobre 2014.

Le 21 juin 2016, l'assuré a produit un rapport du 29 mars 2016 du Dr T. _____ rédigé à l'attention de son avocat, ayant la teneur suivante :

Le patient précité m'a donné copie du rapport du Dr B. _____ qui vous a été adressé en date du 6 mars 2016.

Je ne puis qu'abonder dans le sens de mon Confrère psychiatre qui sur 3 pages résume bien la problématique du patient. Ce dernier souffre d'une fatigabilité importante, comme mentionné par mon Confrère et ce sur une période de temps de plus de 2h de travail par jour.

Il est important de préciser que Monsieur P. _____ suit régulièrement ma consultation depuis le 12.05.2003. Durant toutes ces années, j'ai pu me faire une opinion de son potentiel, qui a nettement diminué à la suite de son accident.

Selon avis médical du 14 juillet 2016 du SMR, le Dr S. _____ a estimé que l'expertise du 4 février 2016 du Dr D. _____ était probante et qu'il y avait lieu d'en suivre les conclusions, soit une capacité de travail entière dans toute activité depuis le 1^{er} décembre 2015. Il n'y avait plus aucune limitation psychiatrique et aucune mesure de réinsertion n'était nécessaire.

A teneur d'un rapport du 2 novembre 2016, le Dr B. _____ a indiqué que l'assuré souffrait d'une dépression chronique majeure avec risque suicidaire, d'un épuisement physique et psychique, ainsi que de séquelles d'un stress post-traumatique non traité à temps. S'agissant du fonctionnement de l'assuré dans ses interactions avec les thérapeutes, le Dr B. _____ a expliqué que l'assuré était sur la défensive, fonctionnait sur un mode très « contrôlant » et se sentait de manière générale incompris. Ce fonctionnement résultait notamment du fait qu'il s'était construit, en particulier en raison de la nécessité de contrôler durant son enfance son environnement immédiat (parentifié) de manière constante, sur la nécessité de « sécuriser son monde ». Selon le Dr B. _____, les informations nécessaires à l'appréciation de la situation de l'assuré dans

son entier ne pouvaient pas être obtenues dans un contexte aussi stressant et volontairement inquisiteur que celui d'une expertise psychiatrique menée tambour battant en un seul rendez-vous et portant sur des enjeux aussi majeurs que la survie économique de l'assuré. Son histoire permettait de comprendre pourquoi il réagissait sur la défensive et reprenait son interlocuteur sur chacun de ses mots, dans un souci de précision et de perfectionnisme, mais aussi de justesse et de justice. Le Dr B._____ a ajouté que les personnes ayant un haut potentiel intellectuel déstabilisaient leurs interlocuteurs par leur rapidité d'esprit, leur besoin de corriger chaque mot, chaque notion, n'hésitant pas à poser des questions ou à couper la parole. Ces personnes leurraient fréquemment leurs interlocuteurs car leur vivacité d'esprit était telle qu'on ne pouvait imaginer qu'ils soient épuisés ou déprimés et rencontraient des difficultés dans leur quotidien. De plus, elles sous-estimaient toujours, probablement pour se rassurer mais aussi car elles avaient une volonté farouche de s'en sortir seules, l'importance et la gravité de leurs symptômes, surtout dans le contexte d'un burn-out ou d'une dépression. Dans un contexte d'expertise, elles faisaient de leur mieux, donnaient leur maximum comme lors d'un examen et par défaut dans les tests psychologiques cochaient toujours l'option la plus optimiste. S'agissant de l'accident, le Dr B._____ a précisé que si la perte de conscience immédiatement après le choc était un facteur prédictible négatif en matière de traumatisme crânio-cérébral, son absence n'excluait pas des évolutions diverses et parfois dramatiques. Le Dr B._____ a conclu son rapport comme suit :

On ne peut exclure des lésions physiques dans le cerveau de Monsieur P._____ directement liées à l'accident et ayant généré les symptômes majeurs dont il se plaint, en particulier les symptômes le plus handicapants, sa fatigabilité et la diminution de sa capacité de concentration.

Aucun des symptômes décrits n'existaient avant l'accident.

Les symptômes les plus handicapants sont apparus très rapidement à la suite de l'accident.

Je peux confirmer les diagnostics de **dépression moyenne à grave** ainsi que de **séquelles de stress post-traumatique non traités à temps.**

Ces deux derniers diagnostics peuvent à eux seuls expliquer une bonne partie des symptômes décrits par Monsieur P._____ et assurément péjorer les symptômes tels que la fatigabilité et la diminution des capacités de concentration.

Ils sont la conséquence directe (PTSD [post traumatic stress disorder - syndrome de stress post-traumatique]) et indirecte (Dépression) de l'accident.

L'expertise effectuée n'est pas fiable car l'expert ne s'est pas donné les moyens pour une évaluation neutre et adaptée à la complexité du cas de Monsieur P._____ et ses conclusions sont erronées.

Les tests utilisés ne sont pas suffisants ni adaptés à la situation.

Je recommande donc que Monsieur P._____ soit examiné **en personne** par les spécialistes de l'Assurance Invalidité et que ces derniers organisent un stage d'observation d'au moins une semaine, durant lequel, **les symptômes tels que la fatigabilité et ses difficultés de concentration en particulier seront évalués et mesurés par des Maîtres socio-professionnels.**

Dans un avis du 5 décembre 2016 du SMR, le Dr S._____ a estimé que le Dr B._____, dans son rapport du 2 novembre 2016, ne faisait qu'interpréter de manière différente une même situation clinique, reprenant uniquement les éléments déjà connus et discutés, sans apporter d'éléments médicaux objectifs nouveaux. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter de l'analyse du 4 février 2016 du Dr D._____.

Par décision du 7 décembre 2016, l'OAI a nié le droit à la rente de l'assuré, au motif qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans toute activité à partir du 1^{er} décembre 2015.

B. Par acte du 25 janvier 2017, P._____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} février 2016, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision. En substance, il a fait valoir que l'avis du SMR du 5 décembre 2016 n'avait pas été établi par un spécialiste en psychiatrie, ni en neuropsychologie. Le SMR n'avait en outre pas discuté les rapports du Dr B._____, alors qu'ils étaient propres à susciter un doute quant à l'appréciation de la situation, et, malgré la reconnaissance de

l'épuisement de l'assuré, l'OAI avait nié à tort toute incapacité de travail. L'assuré a ajouté que le rapport du 4 février 2016 du Dr D._____ ne pouvait pas être considéré comme une expertise, dans la mesure où il avait été convoqué pour un examen médical décidé par l'assureur perte de gain. L'assuré a reproché à l'OAI d'avoir mené une instruction incomplète et requis la mise en œuvre d'une expertise.

Dans sa réponse du 4 avril 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il s'est référé au rapport du 4 février 2016 du Dr D._____ pour confirmer une capacité de travail entière à compter de décembre 2015. Vu la date du dépôt de la demande de prestations, soit le 10 août 2015, le versement d'une éventuelle rente d'invalidité ne pouvait intervenir que six mois plus tard, soit à compter du 1^{er} février 2016. Dite expertise devait par ailleurs être considérée comme probante, le Dr D._____ ne faisant partie ni du SMR, ni des médecins-conseils de l'assureur-accidents. Aucun document au dossier ne permettait en outre de remettre en cause l'exigibilité constatée.

Répliquant le 26 septembre 2017, l'assuré a réitéré que le rapport du 4 février 2016 du Dr D._____ ne pouvait pas être pris en compte comme une expertise dès lors que la procédure de mise en œuvre d'une expertise n'avait pas été respectée, notamment en l'absence de possibilité de s'exprimer sur le choix de l'expert. L'assuré a souligné les divergences entre les rapports du Dr D._____ et du Dr B._____, empêchant de statuer sur le dossier en l'état. Il a produit un rapport du 3 juillet 2017 de Mme X._____, psychologue, qui concluait à des problèmes neuropsychologiques, soit un dysfonctionnement des régions frontales droites et postérieures gauches, se concrétisant par des ralentissements transitoires de courte durée liés aux épisodes d'absence qui semblaient être une cause très probable de l'importante fatigabilité ressentie par l'assuré. S'agissant du degré d'incapacité de travail éventuel résultant des fréquentes absences quotidiennes et l'importante fatigabilité de l'assuré, il apparaissait inconcevable à Mme X._____ qu'il puisse exercer une activité professionnelle sans intégrer de nombreux aménagements. Elle a estimé qu'il avait une endurance tenable sur la

durée d'une heure ou deux par jours au maximum, correspondant à un 20 % environ.

Dans sa duplique du 16 octobre 2017, l'OAI a maintenu sa position, estimant que le rapport produit par l'assuré n'autorisait pas la remise en cause des conclusions antérieures, soutenues par des examens médicaux spécialisés et convaincants, comprenant un examen neurologique qui ne faisait ressortir aucune anomalie.

Dans ses observations du 28 février 2018, l'assuré a rappelé que le rapport du 4 février 2016 du Dr D._____ n'était pas une expertise au vu notamment des incohérences qui y figuraient. L'assuré a notamment produit un rapport du 20 novembre 2017 du Dr B._____, réitérant ses précédentes remarques ; un rapport du 15 janvier 2018 du Dr R._____, spécialiste en pneumologie, faisant état de somnolence diurne significative, qui pouvait éventuellement être une forme d'hypersomnie post-traumatique ; ainsi qu'un rapport du 8 février 2018 du Professeur F._____, partageant l'analyse du Dr R._____ et retenant une durée maximale entre une heure et demie et deux heures pour l'exercice d'une activité intellectuelle. L'assuré a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise.

Par courrier du 9 avril 2018, l'OAI, en se fondant sur un avis du SMR du 28 mars 2018, a confirmé ses précédentes écritures, estimant que les rapports produits n'apportaient pas d'éléments objectivement vérifiables attestant une aggravation clinique qui n'aurait pas déjà été prise en considération.

Dans ses ultimes déterminations du 11 juin 2018, l'assuré a réitéré sa demande de mise en œuvre d'une expertise.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité.

3. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est

incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées).

c) D'après le principe de la 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

d) 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'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 (ATF 139 V 99 consid. 1.1 et la référence).

4. a) En l'espèce, on constate qu'il existe une nette divergence d'opinion entre le point de vue du SMR, lequel repose exclusivement sur le rapport d'expertise établi le 4 février 2016 par le Dr D._____, qui retient une pleine capacité de travail dans toute activité dès le 1^{er} décembre 2015 en l'absence d'atteinte incapacitante, et le point de vue défendu par le psychiatre traitant du recourant, le Dr B._____, estimant que le recourant est toujours en incapacité totale de travail en raison d'une dépression chronique majeure avec risque suicidaire, d'un épuisement physique et psychique, ainsi que de séquelles d'un stress post-traumatique non traité à temps. Le Dr T._____ (rapports des 9 octobre 2015 et 29 mars 2016), le Professeur F._____ (rapport du 8 février 2018) et la neuropsychologue X._____ (rapport du 3 juillet 2017) soutiennent également que le recourant ne peut pas exercer une activité à plein temps.

b) A cet égard, on relève de profondes contradictions entre le Dr D._____ et le Dr B._____ s'agissant des diagnostics psychiatriques retenus et de leur impact sur la capacité de travail du recourant, l'un excluant toute atteinte invalidante alors que l'autre pose un diagnostic aboutissant à une incapacité totale de travail. Contrairement à ce que semble penser le SMR, le point de vue du Dr D._____ ne saurait prévaloir sur le point de vue du Dr B._____ du seul fait qu'il s'est exprimé en premier sur la situation. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, peu importe du reste sa désignation comme rapport ou comme expertise, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant au bien-fondé de l'évaluation (consid. 3c *supra*). On constate également que le SMR n'a à aucun moment pris matériellement position sur les rapports du Dr B._____.

c) Ensuite, on retient que l'obstacle principal à la reprise d'une activité lucrative par le recourant est constitué par l'importante fatigabilité dont il se plaint. Cette problématique a été mentionnée non seulement par ses médecins traitants, les Drs B. _____ (notamment rapports des 6 mars et 2 novembre 2016) et T. _____ (rapport du 29 mars 2016), mais elle a également été relevée par le Dr H. _____ (rapport du 1^{er} avril 2011) et le Professeur F. _____ (rapports des 22 avril et 15 décembre 2011), la Professeure W. _____ (rapport du 5 avril 2011) ou encore la neuropsychologue Z. _____ (rapport du 8 janvier 2016). Cette problématique n'a à aucun moment fait l'objet d'un examen consciencieux et détaillé de la part du SMR. En particulier, celui-ci ne pouvait s'abstenir d'examiner la question en alléguant que « la fatigabilité et la baisse de concentration, qui seraient au premier plan du tableau clinique, ne sont toujours pas formalisées malgré tous les tests cliniques et paracliniques effectués », dès lors qu'il ne ressort pas du dossier, mis à part l'examen réalisé par la psychologue X. _____, que cette problématique a fait l'objet d'un examen spécifique.

d) En définitive, en l'absence d'appréciation médicale exhaustive, l'instruction doit être complétée. Il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPGA, expertise qui devra notamment comprendre des volets neurologique et psychiatrique, une appréciation neuropsychologique, ainsi qu'une analyse objective du phénomène de fatigue.

5. a) En conclusion, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'OAI pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de

prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe.

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 3'000 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision rendue le 7 décembre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P. _____ une indemnité de dépens fixée à 3'000 fr. (trois mille francs).

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Philippe Nordmann (pour P. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :