

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 juin 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
MM. Berthoud et Peter, assesseurs,
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

F._____, à Orbe, recourant, représenté par Me Christine Graa, à
Lausanne,

et

E._____, à Vevey, intimé.

Art. 29 al. 2 Cst., art. 28 al.1 let. c LAI

E n f a i t :

A. Le 10 juillet 2011, F._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, employé en qualité de conseiller immobilier depuis le 1^{er} juillet 2011 auprès de T._____ Sàrl, a chuté dans sa baignoire, avec pour conséquences un traumatisme crânio-cérébral, une perte de connaissance d'une vingtaine de minutes et une amnésie circonstancielle. Lors de son hospitalisation du 10 au 14 juillet 2011, il a présenté trois à quatre vomissements, des nausées, une photophobie, des paresthésies du membre supérieur gauche et des céphalées localisées en zone rétro-orbitaire (rapport de sortie du 15 août 2011 du Dr A._____, spécialiste en chirurgie et du Dr P._____, médecin assistant). Le CT scan cérébral et cervical du 10 juillet 2011 a exclu une lésion traumatique intracérébrale ou cervicale et révélé une fracture non déplacée occipitale inférieure para-médiane gauche. Une atteinte au pied droit, sous la forme de douleurs de la face dorsale des métatarsiens, a également été évoquée. L'imagerie n'a pas révélé de lésion traumatique.

L'accident a été annoncé le 19 juillet 2011 à l'assurance accident de l'employeur, L._____ SA.

Du rapport du 8 août 2011 du Dr R._____, spécialiste FMH en neurologie, consulté le 19 juillet 2011, il ressort que l'assuré s'est présenté le 16 juillet 2011 à l'hôpital, se plaignant de nausées, phonophobie, photophobie, nervosité, irritabilité, céphalées et tinnitus aigu prédominant à droite. Un nouveau CT scan cérébral avait été effectué et s'était avéré normal, excluant notamment un hématome sous-dural. Lors de la consultation, l'assuré a rapporté l'existence de céphalées diffuses plutôt tensionnelles, de nausées, de troubles de la concentration et d'une certaine irritabilité, de même qu'un léger ralentissement. Selon le Dr R._____, l'examen neurologique était rigoureusement physiologique. Il a conclu à un syndrome post-commotionnel.

En date du 19 août 2011, l'employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 31 août 2011.

Le 3 octobre 2011, le Dr G._____, médecin traitant de l'assuré, a requis un examen neuropsychologique, son patient se plaignant d'irritabilité, d'importants troubles de mémoire à court terme, de difficultés de concentration, d'une fatigabilité importante, de troubles du sommeil et de céphalées frontales.

Selon le rapport d'examen neuropsychologique du 17 novembre 2011 signé de la Prof. C._____, cheffe du Service de Neuropsychologie et de Neuroréhabilitation du [...], de la psychologue adjointe N._____ et de la psychologue assistante Z._____, l'assuré présentait un ralentissement modéré à sévère aux épreuves continues sous contrainte temporelle, des troubles sévères de la mémoire de travail et modérés de la mémoire antérograde verbale, une dysfonction exécutive modérée à sévère, des difficultés d'attention divisée, des plaintes de type post traumatique importantes et des signes possibles de la lignée anxio-dépressive. Le rapport mentionnait encore que l'amnésie circonstancielle et post-traumatique avait duré trois jours.

B. F._____ a sollicité des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc du 20 décembre 2011 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). L'assuré a mentionné une commotion cérébrale l'empêchant de travailler depuis le 11 juillet 2011.

Dans un rapport d'IRM cérébrale du 19 janvier 2012, la Dresse H._____, spécialiste en radiologie, concluait à l'absence d'argument en faveur d'une lésion post-traumatique, en particulier dans les régions fronto-basales et temporo-polaires des deux côtés.

Par rapport médical du 27 mars 2012, le Dr B._____, spécialiste en neurologie, a retenu un diagnostic avec effet sur la capacité de travail de traumatisme cranio-cérébral (TCC) sévère avec fracture

occipitale gauche le 10 juillet 2011. Les troubles neuropsychologiques importants de l'assuré (ralentissement modéré, troubles sévères de la mémoire de travail, troubles modérés de la mémoire antérograde verbale, dysfonction exécutive modérée à sévère, difficulté d'attention divisée) étaient à l'évidence incompatibles avec son activité de conseiller en assurance. Pour ce médecin, l'assuré se trouvait en incapacité totale de travail. Il était pour le moment impossible de déterminer une éventuelle reprise du travail ou si l'activité précédemment exercée était exigible ou non.

Dans un courrier du 19 octobre 2012 adressé au médecin traitant de l'assuré, le Dr B. _____ a évoqué les éléments suivants :

«Conclusions, traitement et évolution

L'évolution est défavorable selon l'épouse, en effet, le léger mieux observé à l'introduction du traitement de Seroquel n'a duré que quelques semaines et le patient est toujours aussi irritable. Il relate un épisode où il en est presque venu aux mains avec une personne responsable des pompiers de sa commune parce qu'il était parké apparemment devant la porte de sortie des véhicules des pompiers. Durant la consultation, il est difficile au patient de reconnaître qu'au moins au début il avait tort même si probablement que le ton avec lequel il lui a été demandé de déplacer son véhicule était inapproprié. Je réitère le vœu qu'il puisse analyser ces épisodes, essayer d'y réfléchir et de " les déconstruire" afin de pouvoir éviter ces emportements dans le futur. Par ailleurs, je recommande d'augmenter progressivement la dose de Seroquel jusqu'à 50mg une fois par jour. Dans l'intervalle, je prends contact avec les neuropsychologues de la Fondation de [...], Site de [...], pour un suivi de type thérapie cognitivo-comportementale.

Il est à noter que le patient présente une évolution atypique après un traumatisme crânio-cérébral modéré et qu'il serait souhaitable de pouvoir le réintégrer dans un circuit professionnel le plus rapidement possible. Dans ce contexte, je lui propose de regarder avec l'office AI dans quelle mesure un stage à l' [...] ne pourrait pas être organisé.

Dans un rapport complémentaire du 5 novembre 2012 adressé à l'OAI, le Dr B. _____ a retenu les éléments suivants :

« Quelle est l'évolution depuis février 2012 ?

L'évolution est stable en particulier concernant les troubles du comportement avec une irritabilité inhabituelle importante occasionnant des troubles au sein du couple et de la famille. Par

ailleurs, le patient se dit toujours fatigué et gêné par des céphalées quasi quotidiennes.

Quelles sont les limitations fonctionnelles pérennes ?

Fatigabilité inhabituelle, céphalées post traumatique, syndrome post traumatique avec troubles neuropsychologiques.

Quelle est l'évolution de la capacité de travail depuis février 2012 ?

Il faut rappeler ici que le patient n'a pas terminé de formation, qu'il a travaillé comme agent d'assurance pendant un temps puis dans une entreprise immobilière dont il a été licencié. Il est difficile pour nous d'évaluer la capacité de travail sans savoir réellement dans quel emploi le patient pourrait travailler. Dans l'emploi qu'il occupait au moment de l'accident, il est fort à parier que les troubles neuropsychologiques, la fatigabilité inhabituelle, les céphalées occasionneraient une baisse de la capacité de travail d'au moins 50%. Néanmoins, il est plus que souhaitable que le patient puisse intégrer un programme de réinsertion professionnelle, car on peut se poser la question d'une éventuelle composante psychogène à ses troubles en raison de son inactivité. A noter que le dernier examen neuropsychologique de mars 2012 montrait une légère amélioration des capacités de mémoire de travail, de vitesse de traitement, d'attention divisée et sélective, d'organisation et de planification. Nous signalons également que le patient sera évalué pour une prise en charge de type cognitivo-comportemental à la Fondation de [...], site de [...] début novembre 2012. Un traitement médicamenteux par Seroquel a également été instauré avec un effet modéré pour l'instant sur l'irritabilité. »

Par communication du 2 juillet 2013, l'OAI a mis en œuvre une mesure d'observation professionnelle sous la forme d'un stage en bureautique et en informatique au sein de l' [...] de [...] et de [...]. Aucune mesure n'a finalement pu être instituée, l'assuré se prévalant d'un état de santé incompatible.

Consulté dès le 26 août 2014, le Dr X. _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a adressé un premier rapport au médecin-conseil de l'assurance-accident du recourant en date du 16 septembre 2014, dans lequel il posait le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral sur chute de sa hauteur le 10 juillet 2011, avec fracture occipitale paramédiane gauche non déplacée, troubles cognitifs (exécutifs, attentionnels, mnésiques, phasiques et ralentissement), troubles post-commotionnels (céphalées, vertiges, fatigue, hypotonie, irritabilité, nervosité, phonophobie, photophobie, intolérance à la foule et troubles de la concentration). Le Dr X. _____ retenait une incapacité de travail totale.

Dans un rapport médical du 12 décembre 2014, le Dr B._____ a confirmé son diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de traumatisme cranio-cérébral avec fracture occipitale gauche. Relevant une incapacité totale de travail, ce médecin, consulté pour la dernière fois le 3 juillet 2014, estimait que l'évolution avait été stable avec une persistance de troubles neuropsychologiques importants mais également d'un point de vue du comportement avec une irritabilité inhabituelle. Les différents traitements entrepris avaient été infructueux, laissant le Dr B._____ dans l'impossibilité de poser un pronostic en présence d'un traumatisme cranio-cérébral modéré à sévère dont l'évolution aurait dû être meilleure.

Devant la nécessité de poursuivre l'instruction, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise neurologique de l'assuré au Dr V._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 10 avril 2015, l'expert a relevé que lors de son examen clinique du 13 février 2015, l'assuré s'était révélé collaborant, adéquat, conscient de ses difficultés cognitives, ralenti, fatigable et hypomimique. Dit examen avait mis en évidence des troubles en mémoire antérograde épisodique verbale, dès la phase d'encodage, une altération des capacités attentionnelles se manifestant par une baisse de rendement, un ralentissement marqué ainsi qu'une fluctuation attentionnelle, une dysfonction exécutive, caractérisée par un manque d'incitation non verbale ainsi que des difficultés en mémoire de travail (calcul oral), des difficultés en expression écrite (erreurs grammaticales et phonologiquement plausible), ainsi que des plaintes post-traumatiques importantes. Le reste des fonctions cognitives investiguées était globalement préservé. L'expert a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de syndrome de passivité et d'anhédonie avec troubles attentionnels mnésiques exécutifs apparus sans base organique neurologique (examen clinique et imagerie) après un traumatisme cranio-cérébral. Il considérait comme non incapacitants les céphalées de même que le status après fracture du crâne. Il n'existait aucun signe focal tant sur le plan neurologique que sur le plan cognitif à même d'expliquer les troubles incapacitants, les examens effectués n'ayant pas révélé d'anomalie organique neurologique. Un examen cérébral supplémentaire

sous la forme d'une IRM Tesla 3 réalisée en date du 18 février 2015 avait démontré la parfaite intégrité du parenchyme cérébral ainsi que des structures ventriculaires et vasculaires. L'expert ne retenait aucune limitation physique neurologique et considérait que la passivité comportementale et la dysfonction cognitive étaient également responsables d'un certain degré de désinsertion sociale. L'absence d'état dépressif exprimé sous forme d'une tristesse contribuait significativement au tableau neurocomportemental de passivité. Cette passivité, l'absence d'initiatives, les troubles mnésiques, attentionnels-exécutifs, entraînaient une incapacité totale de travail, la reprise d'une activité professionnelle paraissant impossible en l'état. L'expert recommandait une prise en charge neuropsychiatrique comportementale associée à un traitement de type Fluoxétine, notamment en raison de l'absence de lésions organiques à même d'expliquer le tableau clinique. Il lui était difficile de prévoir l'influence des mesures préconisées sur la capacité de travail mais il considérait qu'en l'absence d'atteinte neurologique organique détectable, il était impératif d'envisager ce type de prise en charge, le cas échéant par une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Mandaté dans le cadre de la procédure en matière d'assurance-accident, le Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, a établi une expertise psychiatrique en date du 19 novembre 2015. Il n'a retenu aucun diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail et posé les diagnostics dénués de répercussion sur la capacité de travail de dysthymie, de syndrome post-commotionnel et de personnalité avec des traits limites sur un versant narcissique. Attentif à une éventuelle majoration de la symptomatologie psychiatrique, l'expert n'a pas observé ni ralentissement, ni fatigabilité ou baisse de performance pendant l'entretien particulièrement long, ce qui était a priori en discordance avec les allégations de troubles cognitifs. Face à un assuré alléguant des troubles mnésiques et cognitifs majeurs et démontrant le contraire lors de la confrontation à ses incohérences, l'expert a évoqué une réversibilité des symptômes et l'hypothèse que des facteurs sortant du champ médical jouaient un rôle non négligeable. Après avoir exclu la

réalisation des critères d'un épisode dépressif, l'expert a exposé ce qui suit :

« Dans le cas qui nous occupe, l'incapacité de travail est motivée pour l'essentiel par une irritabilité, des troubles de la concentration, une fatigabilité importante et des problèmes de mémoire à court terme, l'empêchant par ailleurs de reprendre la conduite automobile, si ce n'est pour de courts trajets, est-il mentionné. Or, nous avons démontré précédemment que la réversibilité des symptômes indique des facteurs qui sortent du champ médical jouent un rôle important dans cette situation.

Force est de constater que M. F. _____ a des journées maintenant très bien remplies. On relève que l'assuré assume toutes les tâches ménagères, fait du sport, regarde la télévision. Autrement dit, M. F. _____ dispose de bon nombre de compétences et de dynamisme dans les activités qui lui sont agréables, alors que les symptômes évoqués reviennent au premier plan dès qu'il s'agit d'envisager une reprise quelconque d'une activité professionnelle : dans ce cas on peut évoquer la finalité des symptômes.

La présentation de l'assuré est en discordance avec une atteinte psychique incapacitante. Son comportement hétéro-agressif lors de frustrations sociales ou lors de ses tentatives de stage ne sauraient avoir valeur excusatoire ; l'assuré peut ainsi d'une certaine manière contrôler son environnement et exercer une tyrannie sur son entourage où chacun doit assumer les conséquences de ses actes.

En conclusion, les troubles présentés par M. F. _____ ne sont pas en rapport de causalité naturelle avec l'événement accidentel incriminé et ceci, en comptant de manière très large, au plus tard après 12 mois, soit le 10.07.2012.

Par la suite, ce sont des éléments plutôt subjectifs qui sont au premier plan. De notre point de vue ils ne devraient pas être considérés comme incapacitants.

Sa capacité de travail médico-théorique est entière dans toute activité adaptée à ses compétences et sa motivation. Les plaintes lui permettent probablement de trouver une porte de sortie honorable face à ses ambitions narcissiques trop élevées par rapport à ses compétences et son potentiel, si l'on tient compte des multiples échecs rencontrés dans des activités du domaine informatique et des assurances. C'est dans une activité simple, répétitive, que ce soit dans la vente ou autre que M. F. _____ peut parfaitement valoriser sa capacité de travail. Une reconversion professionnelle ne paraît pas s'imposer, mais une aide au placement pourrait lui être proposée.

Au niveau médical il n'y a pas d'indication stricte pour une prise en charge psychiatrique. D'ailleurs, M. F. _____ n'a aucune demande en ce sens. Il a interrompu de lui-même ses traitements psychotropes, si tant est que la bonne observance ait pu être démontrée.»

Par acte du 5 janvier 2016, l'assuré a produit un rapport médical du 17 décembre 2015 établi par le Dr X._____, retenant un tableau typique de syndrome post-commotionnel cohérent avec les déficits cognitifs de l'assuré. Il relevait que les deux spécialistes précédemment consultés, soit les Drs V._____, et K._____, n'étaient pas parvenus à se mettre d'accord sur l'étiologie des troubles cognitifs de l'intéressé. Pour le Dr X._____, les troubles cognitifs induits par le syndrome post-commotionnel avaient persisté de manière invalidante, son existence étant parfaitement possible sans lésion cérébrale objectivable.

Dans un courrier du 14 janvier 2016 à l'OAI, l'expert V._____ a pris position sur l'appréciation du Dr X._____ précitée, estimant que la présence des troubles cognitifs, attestée, ne présupait pas spécifiquement de leur origine, organique ou non organique. Il rappelait également que l'IRM effectuée permettait d'exclure des lésions axonales diffuses, facilement détectables au moins partiellement par ce type d'examen. Pour ce médecin, il était peu vraisemblable que dites lésions aient pu être engendrées par une chute de la hauteur de l'assuré.

Le Dr X._____ a établi un nouveau rapport médical le 6 avril 2016. Il en ressort que l'expérience et les études scientifiques montrent que la survenance de lésions axonales diffuses ne nécessite pas que le corps soit en mouvement à haute vitesse, ni de grand choc à la tête. Ce médecin estimait plutôt miraculeux qu'il n'y eût pas de lésions axonales diffuses en présence d'un traumatisme crânio-cérébral avec fracture du crâne, perte de connaissance de 20 minutes et amnésie post-traumatique de 3 jours. Selon lui, devant des troubles cognitifs apparus dans les suites immédiates d'un TCC, à l'occasion du traumatisme précité, suivi d'une clinique typique de syndrome post-commotionnel, et en l'absence d'une psychopathologie, la probabilité de lésions axonales diffuses paraissait tellement forte, sinon évidente, que la description en contrepartie d'une imagerie cérébrale normale ne faisait pas le poids, qui plus compte tenu des limites d'un tel examen.

Par décision sur opposition du 18 mai 2016, l'assurance accident a refusé de prester au-delà du 14 février 2015, au motif que les troubles neuropsychologiques n'étaient pas en relation de causalité naturelle au moins probable avec l'événement du 10 juillet 2011. Recours a été déposé contre cette décision sur opposition devant la cour de céans, suivi d'un arrêt rendu ce même jour.

En date du 18 août 2016, le Dr V. _____ a déposé un rapport complémentaire d'expertise neurologique. Un test sensible aux éléments de surcharge (TOMM) avait été réalisé pour la première fois, révélant un effort cognitif suboptimal voire autolimité. Par ailleurs, une nouvelle technique sensible aux lésions traumatiques axonales, sous forme d'une tractographie, avait été utilisée. Ce test n'avait démontré aucune anomalie de l'anisotropie fractionnelle, sans signe donc pour une discontinuité significative des fibres cérébrales qui auraient pu témoigner de lésions traumatiques sous-jacentes.

Comparativement au dernier examen neuropsychologique, l'expert relevait la persistance des difficultés mnésiques, attentionnelles et exécutives, un ralentissement plus marqué lors des épreuves chronométrées et l'absence des difficultés de calcul, précisant que ces résultats devaient être considérés dans le cadre des éléments objectifs de surcharge et d'autolimitation. Plus exactement, ces tests montraient clairement des performances en-dessous des capacités réelles, avec un effort cognitif sub-optimal par auto-limitation. Ils étaient évocateurs d'une surcharge psychogène claire, n'entrant au demeurant pas en contradiction avec l'absence de pathologie psychiatrique relevée par le Dr K. _____, mais s'inscrivant dans le cadre des éléments de personnalité cités par l'expert psychiatre. Par ailleurs, l'absence d'efficacité et l'importance des effets secondaires à l'origine des interruptions de traitements paraissaient avant tout liés à la personnalité du recourant ainsi qu'aux éléments de surcharge psychogène observés. L'expert retenait au titre de diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, ceux de troubles cognitifs attentionnels et exécutifs sans pathologie neurologique organique et psychiatrique sous-jacente, mais associée à une surcharge psychogène

dans le cadre des traits de personnalité établis (traits limites sur un versant narcissique), tout en précisant ce qui suit :

« Sur le plan neurologique organique il n'y a pas de limitation de la capacité de travail, mais cependant, aucune activité spécifique professionnelle ne me paraît possible en raison des troubles cognitifs et comportementaux associés à la personnalité relevée dans l'expertise psychiatrique (malgré l'absence de toute pathologie psychiatrique). Il ne s'agit cependant pas d'une « maladie », et encore moins de « séquelles accidentelles ». A ce titre, nous n'avons pas d'éléments nouveaux, y compris sur le plan du nouvel examen IRM avec tractographie pour modifier les conclusions de notre bilan rapporté dans notre bilan du 10.04.2015. La présence d'une surcharge psychogène démontrée par les tests confirme d'ailleurs l'aspect de personnalité mentionnée ci-dessus.

Complétant son expertise en date du 6 septembre 2016, le Dr V._____ a confirmé n'avoir observé aucune atteinte neurologique organique, les tests mettant en évidence une surcharge avec une autolimitation de la part de l'assuré.

Par rapport médical du 8 septembre 2016, le Dr X._____ s'est prononcé sur le complément d'expertise réalisé par le Dr V._____. Il a notamment retenu que les troubles cognitifs relevés dans cette expertise comme dans les précédentes, ainsi que dans tous les bilans neuropsychologiques effectués chez l'assuré, attestaient de façon cohérente de la présence de déficits cognitifs modérés à importants, touchant en particulier les aspects exécutifs, mnésiques et attentionnels, ainsi qu'un ralentissement et une fatigabilité accrue. Ce médecin relevait que compte tenu des déficits de l'intéressé et d'une capacité d'attention d'environ une demi-heure par jour, la capacité de travail était d'ordre occupationnel et non pas productif.

Estimant nécessaire de compléter l'instruction, l'OAI a mandaté le Centre d'expertise médicale à [...] ([...]), soit les Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie et I._____, spécialiste en neurologie, afin d'établir une expertise bidisciplinaire. Dans leur rapport d'expertise du 17 février 2017, concernant les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, les experts ont retenu un traumatisme crânio-cérébral du 10 juillet 2011 avec fracture occipitale non

déplacée, sans lésion cérébrale, avec syndrome post-commotionnel. Concernant les diagnostics dénués de répercussion sur la capacité de travail, une majoration de symptômes physiques (mentaux dans ce cas) pour des raisons psychologiques depuis l'automne 2012 ainsi que des céphalées mixtes, depuis au moins 2014, ont été retenus. Sur le plan de la capacité de travail, les Drs W. _____ et I. _____ ont conclu à une incapacité de travail complète du 10 juillet 2011 au 19 octobre 2012 en raison du traumatisme crânio-cérébral et du syndrome post-commotionnel. Postérieurement à la date précitée, la capacité de travail résiduelle était entière sous condition d'une reprise progressive de l'activité professionnelle. L'activité précédemment exercée était exigible. A l'appui des conclusions précitées, les experts ont mentionné les éléments suivants :

« Situation actuelle et conclusions

Sur le plan neurologique, Monsieur F. _____ est un assuré en bonne santé habituelle, sans antécédent neurologique hormis d'occasionnelles céphalées dont la description reste vague et ne remplit pas spécifiquement les critères de migraines, qui a présenté une chute accidentelle dans sa baignoire le 10.07.2011, entraînant un traumatisme cranio-cérébral avec une perte de connaissance mal documentée.

Une fracture occipitale non déplacée a été mise en évidence au bilan par imagerie (scanner), réalisé le 10 et le 16.07.2011 à l'hôpital [...], où l'assuré a été placé en observation du 10 au 14.07.2011.

Aucune lésion cérébrale n'a été mise en évidence lors des scanners cérébraux ni par l'IRM cérébrale réalisée dans le cadre d'une première expertise le 18.02.2015 à la clinique [...], et lors d'une seconde IRM cérébrale avec séquences angiographiques et tractographie, réalisée le 15.08.2016 et revue lors de notre expertise.

L'assuré a développé dans les suites immédiates de la chute un tableau mêlant sensibilité au bruit et à la lumière, céphalées, irritabilité, plainte attentionnelle, qui correspond bien à un syndrome post-commotionnel.

Ces symptômes n'ont que peu évolué et se sont cristallisés jusqu'à ce jour. L'assuré mentionne en effet une irritabilité, une très grande sensibilité à l'agitation extérieure, des troubles de concentration, des troubles du sommeil.

Il décrit également des céphalées qui, depuis au moins deux ans d'après les éléments du dossier, l'assuré étant peu collaborant sur ce point, ont pris un aspect partiellement migraineux, avec des céphalées sous forme d'hémicrânie droite parfois pulsatile d'une durée de plusieurs heures, avec une réponse inconstante aux triptans.

Sur le plan neuropsychologique, la première évaluation très complète de 03.2012 réalisée dans le service de neuropsychologie du [...] est décrite comme étant dans les limites de la norme.

Seul un ralentissement en condition Stroop pour les épreuves continues et un empan indirect faible sont relevés. En particulier, les épreuves mnésiques se sont normalisées, et les épreuves d'attention informatisées (TAP) sont dans les limites de la norme.

Les évaluations successives réalisées par la suite montreront une aggravation progressive du tableau, avec troubles attentionnels d'aggravation progressive, atteinte de la flexibilité et de la vitesse de traitement, apparition et aggravation de troubles exécutifs et apparition et aggravation progressive d'une atteinte de la mémoire épisodique.

Cette dernière aggravation est particulièrement nettement documentée dans la dernière évaluation neuropsychologique réalisée dans le cadre de la deuxième expertise neurologique réalisée par le Pr V. _____ le 18.08.2016.

Lors de cette dernière évaluation, il apparaît cependant clairement des signes de majoration, avec des discordances, attestés par un résultat pathologique à une épreuve de validation (Tomm), qui rend ininterprétables les résultats pathologiques obtenus dans les différentes épreuves et en particulier mnésiques.

Il existe également bien évidemment des discordances entre la sévérité des troubles mentionnés dans ces évaluations neuropsychologiques, ou constatés lors de l'évaluation mentale réalisée dans le cadre de notre expertise, et la poursuite de certaines activités du quotidien, apparemment sans difficulté, telles que la conduite automobile, la création de pages Internet ou la consultation d'emails.

Par ailleurs, en plus d'un comportement démonstratif, quelques discordances cliniques ont été également constatées lors de l'évaluation neurologique réalisée dans le cadre de cette expertise.

Dans ses expertises du 10.04.2015 et 18.08.2016, notre confrère le Dr V. _____ reste purement descriptif. Le syndrome de passivité et anhédonie avec troubles neuropsychologique ne correspond ni à une entité neuropsychologique ni à un diagnostic neurologique.

Par conséquent, sur le plan neurologique, seul le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral avec syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale peut être retenu. Seule une incapacité de travail limitée dans le temps, comme en atteste le rapport du Dr B. _____ du 19.10.2012, peut être reconnue dans le cadre de ce diagnostic.

A ce jour, il existe une plainte attentionnelle, et si des troubles neuropsychologiques attentionnels, exécutifs et mnésiques sont attestés par les différentes évaluations neuropsychologiques pratiquées, aucune origine neurologique ne peut être retenue.

Par ailleurs, il existe d'évidents éléments de majoration rendant l'évaluation réelle de ces troubles impossible.

Enfin, l'assuré atteste de céphalées chroniques, avec un caractère partiellement migraineux.

Il est peu collaborant dans la description de la fréquence des accès douloureux.

Le diagnostic de céphalées mixtes, migraineuses et tensionnelles, peut être retenu.

L'adhésion aux traitements de fond essayés (bêtabloquants, traitement antidépresseur), ne peut être jugée dans cette expertise. Il manque par ailleurs un essai par antidépresseur tricyclique ou Duloxetine.

Il est étonnant que ces différents traitements aient été souvent utilisés sur de très courtes périodes.

Sur le plan psychique l'expertisé se plaint d'une grande irritabilité et de troubles de la concentration qu'il attribue au traumatisme craniocérébral occasionné par son accident du 10 juillet 2011. Sans ressentir d'humeur dépressive, il a moins de libido, son sommeil est perturbé, et il se sent fatigué.

Avant son accident, il était un homme agréable et sympathique. Il s'entendait avec tout le monde, était sociable et apprécié par autrui. Il aimait la vie. Il avait une bonne estime de lui-même et confiance en lui. Il n'avait aucun problème avec qui que ce soit ni dans sa vie professionnelle ni dans sa vie privée. Il n'aurait rien aimé changer dans son caractère. Depuis son accident, il est devenu plus irritable, il est énervé en permanence. Sa femme lui dit qu'elle ne reconnaît plus depuis l'accident l'homme qu'elle a épousé. Il a également beaucoup plus de difficultés à planifier, car son état change de jour en jour et il ne peut pas prévoir comment il se sentira d'ici quelques jours. Il est à noter qu'il a changé d'emploi fréquemment durant sa vie professionnelle, mais il réfute avoir eu de problème relationnel. Il n'a aucune habitude toxique.

La description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes et nous apprend qu'il reste relativement actif selon ses possibilités physiques : fait un peu d'ordinateur, lit, regarde la télévision, aide un peu pour le ménage, fait de petites courses, conduit au maximum 30 km une dizaine de fois par mois. Il délègue les tâches administratives à son épouse depuis l'accident. Il n'est pas replié socialement, même si la fréquence des contacts sociaux reste faible.

L'examen psychiatrique montre un homme soigné, euthymique. Aucun signe des lignées psychotique ou anxieuse n'est constaté. Il est décrit comme moyennement collaborant et légèrement majorant par l'expert neurologue. Il nous paraît plutôt démonstratif et plaintif. Après une heure d'entretien (notre entretien dure une heure et demie en tout), il prend un comprimé de Maxalt, car il a mal à la tête. Il montre des signes de fatigue vers la fin de notre entretien. Il ne se souvient plus de la date de l'accident ni des

noms des médicaments antidépresseurs ou autres psychotropes qu'on lui a prescrits, hésite sur certaines dates importantes de sa vie comme la date de son mariage. Le contenu de la pensée est focalisé sur les séquelles de son traumatisme cranio-cérébral, ses troubles de la concentration et de la mémoire ainsi que sa grande irritabilité qu'il vit comme handicapants au quotidien. L'expertisé ne se montre pas irritable avec l'interlocuteur.

Du point de vue psychiatrique l'expertisé ne se plaint d'aucune symptomatologie dépressive. Il attribue toute sa symptomatologie au traumatisme cranio-cérébral suite à l'accident de juillet 2011. L'expert neurologue estime qu'il n'y a plus de substrat organique pouvant expliquer les plaintes de l'expertisé.

Nous n'avons pas d'éléments pour retenir de dysthymie (l'expertisé ne se plaint pas d'humeur dépressive ou de manque d'estime de soi). L'irritabilité et l'agressivité, ainsi que la carrière professionnelle plutôt instable pourraient être mises sur le compte de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Mais nous n'avons pas d'autres critères pour retenir un diagnostic définitif pour ce type de personnalité pathologique. Le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne peut plus être retenu après un aussi long délai (plus de 5 ans depuis le TCC).

Face aux éléments de surcharge décrits par les nombreux experts nous retenons le diagnostic de majoration de symptômes physiques (mentaux dans ce cas) pour des raisons psychologiques (F68.0) depuis l'automne 2012.

D'après la grille d'examen en cas de troubles somatoformes découlant de l'arrêt du Tribunal Fédéral du 3 juin 2015, nous retiendrons qu'il n'existe pas de trouble psychique clair, hormis une symptomatologie pouvant rentrer dans le cadre de traits de personnalité émotionnellement labile de type impulsif, mais sans qu'un diagnostic certain de ce type de trouble de personnalité puisse être retenu.

Concernant ses ressources: l'expertisé parle plusieurs langues, il a pu se marier et fonder une famille et peut compter sur le soutien de son entourage. Par contre sa vie professionnelle paraît instable et l'expertisé semble s'être enfermé dans un rôle d'handicapé depuis son accident.

Des mesures de réadaptation sont exigibles du point de vue psychiatrique.

Concernant la cohérence: la description des activités quotidiennes est congruente aux plaintes. L'expertisé montre des signes de surcharge de la symptomatologie et sa collaboration n'est pas optimale.

Du point de vue thérapeutique, l'expertisé ne ressent plus le besoin d'être soutenu psychologiquement ni de prendre des psychotropes. Mais, en cas de difficultés liées à une irritabilité ou agressivité lors de la reprise de travail, une psychothérapie de type cognitive et comportementale (visant la gestion de la colère) et des psychotropes limitant l'impulsivité (antidépresseurs par exemple escitalopram voire de la Quétiapine) pourraient être proposés.

Nous concluons que du point de vue psychiatrique, il n'y a pas de limitation fonctionnelle et donc en théorie sa capacité de travail est complète dans toute activité sans limitation de rendement.»

Par projet de décision du 13 mars 2017, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui octroyer une rente entière du 1^{er} juillet 2012 au 31 janvier 2013. L'office retenait qu'au-delà du 19 octobre 2012 l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité.

C. Par écriture du 10 mai 2017, F._____, par l'intermédiaire de son conseil, Me Christine Graa, a déposé ses observations sur le projet de décision précité. Il contestait la valeur probante de l'expertise du 17 février 2017 du [...] à la base du projet de décision en question. En premier lieu, l'assuré faisait valoir une violation du droit d'être entendu, le CEMed s'étant prononcé sur la base d'un questionnaire différent de celui qui lui avait été soumis en premier lieu. L'expertise étant également contestée sur le fond. L'assuré alléguait que l'absence de lésions axonales diffuses à l'imagerie médicale n'était pas significative de leur inexistence dans la mesure où elles ne pouvaient être dévoilées qu'à la faveur d'analyses post-mortem. Il rappelait la nécessité de prendre en compte le tableau clinique et son évolution. Il soutenait que ses troubles neuropsychologiques, objectivés par tous les médecins, l'empêchaient de travailler et justifiaient ainsi le droit aux prestations d'invalidité. Selon lui, le diagnostic de syndrome post-commotionnel avait été exclu arbitrairement sur la base du critère de la durée des symptômes. Il contestait par ailleurs avoir manqué de collaboration ou manifesté des signes de majoration.

A l'appui de ses observations, l'assuré a produit un nouveau rapport médical du Dr X._____ daté du 17 avril 2017. Ce dernier a retenu les éléments suivants :

« Ainsi, contrairement à ce qui est suggéré dans cette expertise (p22/29), l'on ne se trouve pas face à des performances cognitives normalisées en 2012, s'aggravant ensuite *progressivement*, mais à des performances constamment abaissées sur les plans attentionnel, exécutif et mnésique, avec de légères fluctuations. Ces dernières sont par ailleurs peu surprenantes dans un contexte de

syndrome post-commotionnel, dont les manifestations (ex : troubles du sommeil, de l'attention, fatigue et céphalées) sont aussi fluctuantes et susceptibles de moduler les performances fournies. A ce propos, il est intéressant de relever que les meilleures performances ont été obtenues au bilan fractionné sur 2 jours (2012).

e. Concernant la durée d'un syndrome post-commotionnel : l'on considère habituellement que la majorité des patients victimes d'un TCC léger ou modéré « guérit » du syndrome post-commotionnel dans les 3 à 6 mois post TCC. Il ne s'agit toutefois pas de la totalité des patients, puisqu'il est aussi reconnu qu'un certain pourcentage de ces patients va garder des symptômes au long cours. Le pourcentage de patients chez qui l'on retient le diagnostic de syndrome post-commotionnel varie dans la littérature en fonction des études, pays et critères utilisés (notamment utilisation de la CIM-10 vs du DSM-IV), mais ne descend pas en-dessous de 10%; il se situe vraisemblablement aux alentours de 15-20%.

En outre, la persistance de symptômes post-commotionnels à long terme est même plus importante, semblant toucher au moins 50% des patients. Du fait que ces patients ne présentent pas un nombre suffisant de symptômes — et donc de critères — pour pouvoir retenir le diagnostic de « syndrome post-commotionnel », les répercussions des TCC légers sont souvent sous-estimées dans cette population de personnes, alors même qu'ils continuent à souffrir des séquelles de leur TCC.

Parmi les critères médicaux de « mauvais pronostic » (de persistance des symptômes) retenus par l'association américaine des traumatisés crâniens ainsi que par de nombreux autres pays européens, figurent notamment : fracture crânienne, nombreux symptômes post-commotionnels précoces, amnésie post-traumatique, antécédents de traumatisme crânien, céphalées dans les 24 premières heures et troubles mnésiques post-traumatique, soit au moins 6/12 critères médicaux que présente l'assuré, alors qu'il présente 1-2/9 critères de mauvais pronostic d'ordre contextuel.

· En revanche, la durée des symptômes n'intervient ni pour retenir ou exclure le diagnostic de syndrome post-commotionnel. Les experts excluent donc arbitrairement ce diagnostic au stade actuel, alors que l'assuré répond aux critères diagnostics de la CIM-10 ou du DSM-IV, que sa symptomatologie n'a pas évolué depuis 2012 - symptomatologie reconnue comme faisant initialement partie d'un syndrome post-commotionnel — et qu'il présente des facteurs reconnus comme favorisant la persistance d'un tel syndrome.

« Si l'on considère le diagnostic différentiel (soit les alternatives permettant «de rendre compte») des symptômes de l'assuré, en se référant notamment aux directives (Guidelines) des TCC légers et symptômes post-commotionnels persistant établies par un ensemble de médecins spécialisés dans le domaine des TCC, force est de constater que l'assuré n'entre dans aucune des alternatives. En effet, cette liste comprend les diagnostics suivants :

· Dépression majeure

- Troubles anxieux généralisé
- Syndrome de stress post-traumatique
- Syndrome douloureux chronique
- Whiplash (coup du lapin)
- Abus de médicaments
- Troubles somatoforme/factice
- Simulation
- Fibromyalgie
- Troubles du sommeil primaire (SAOS ; etc.)

Or, aucun de ces diagnostics n'a été retenu par les experts, ni ne peut l'être chez l'assuré. Au vu des diagnostics initiaux posés chez l'assuré, de la persistance des déficits cognitifs et des symptômes post-commotionnels, des facteurs initiaux de «mauvais pronostic», de l'absence d'une alternative diagnostique, et de l'absence d'argument médicaux permettant d'exclure ce diagnostic, il est difficile de suivre le raisonnement des experts, qui semblent plutôt s'embrouiller à vouloir masquer l'évidence (voir point suivant) ».

f. Concernant la collaboration de l'assuré : les experts évoquent un manque de collaboration de l'assuré sur la base d'une auto-limitation suspectée lors d'une évaluation neuropsychologique (2015) ; de nombreux arrêts médicamenteux après un bref délai; d'une démonstrativité durant l'expertise ; et d'une discordance entre les plaintes de l'assuré et ses activités quotidiennes.

Pour ce qui est de l'autolimitation durant l'expertise de 2015, celle-ci est *suspectée* lors d'un test *sensible* (non spécifique) aux éléments de surcharge, le score *parlant pour* (non démontrant clairement) un effort *suboptimal* (pas anormal). Cette *suspicion* devient ensuite un score qualifié de "suboptimal autolimité" (soit une *affirmation* d'auto-limitation, qui est déjà interprétative), pour finir en performances "clairement en-dessous des capacités réelles, avec un effort cognitif suboptimal *par* autolimitation". Ainsi l'auto-limitation suspectée devient un fait acquis, expliquant en soi les déficits mis en évidence de façon constante durant tous les bilans neuropsychologiques effectués, sans même qu'il n'y ait eu de discussion, ou réflexion plus approfondie quant à d'autres facteurs - qui ne manquent pourtant pas - pouvant rendre compte de cette observation.

Quant aux nombreux arrêts médicamenteux - dont par ailleurs aussi la duloxétine, le Saroten et le Surmontil (les deux derniers étant des anti-dépresseurs tricycliques), contrairement à ce qui est indiqué en p 23/29 -, ceux-ci sont le fait non d'un refus ou d'un arrêt spontané du patient, mais d'effets indésirables, dont plusieurs fois une furonculose du visage, des troubles digestifs, un mal-être, etc. Le but de ces médicaments étant d'aider l'assuré et non de le faire aller moins bien, ils ont été arrêtés sur ordre médical. Certains traitements ont été poursuivis sur plusieurs années et la thérapie cognitivo-comportementale a été suivie de façon assidue sur de nombreux mois, s'interrompant sur proposition de la thérapeute.

Sur la démonstrativité, je ne peux me prononcer, dans la mesure où elle relève davantage d'une appréciation subjective de l'examineur, dont ne figurent pas les détails dans le rapport d'expertise. Je remarquerais seulement que même les experts ne semblent pas si convaincus de cette démonstrativité : « il nous *paraît* plutôt démonstratif et plaintif » (p 24/29).

Enfin, quant au fait qu'il existerait « *bien évidemment* des discordances entre la sévérité des troubles mentionnés dans les évaluations neuropsychologiques ou *constatée* lors de l'évaluation mentale réalisée dans le cadre de cette expertise et la poursuite de certaines activités du quotidien, *apparemment* sans difficulté, telle que conduite automobile, création de page internet ou consultation d'e-mails » (p23/29), cette remarque surprend par le fait qu'une page plus loin (24/29), il est mentionné que la conduite automobile n'a lieu que sur de courtes distances et rarement. De plus, si les experts avaient détaillé un peu plus leur anamnèse, ils auraient relevé que les activités sur ordinateur coûtent à l'assuré beaucoup de temps et d'énergie (parfois 2 heures pour écrire 2 lignes d'e-mail selon son épouse; ou plusieurs jours à raison de 1-2h/jour pour réaliser ce qu'il faisait auparavant en une 1/2 journée). En cela, il n'y a pas d'incohérence avec les propos de l'assuré, qui affirme ne pouvoir tenir devant l'écran davantage que 1-2 heures de suite (et généralement par jour) et conduire la voiture sur de courtes distances. Il n'y a donc pas, comme mentionné en p 23/29, « *clairement* des signes de *majoration* » et la qualification de « manque de collaboration » repose sur des éléments très fragiles, voire erronés.

g. Enfin, concernant l'évaluation psychiatrique : comme les évaluations psychiatriques précédentes; elle ne retrouve ici aucun trouble anxio-dépressif, psychotique, ou syndrome de stress post-traumatique. Contrairement aux précédentes expertises psychiatriques, celle-ci s'intéresse et se prononce sur la possibilité d'un syndrome post-commotionnel. Toutefois, dans son appréciation, l'expert ne se réfère pas aux critères diagnostics (DSM-IV ou CIM-10) de cette affection, alors qu'il le fait pour les autres affections. Il exclut ainsi d'emblée ce diagnostic sur la base de la durée des symptômes depuis le traumatisme. Or, comme nous l'avons vu, cet aspect de délai n'est ni un critère diagnostic, ni d'exclusion diagnostique, ni fondé sur des arguments scientifiques. Il souligne en revanche, une fois de plus, le fait que ce genre d'expertise est confié à des médecins ne suivant habituellement pas des patients traumatisés crâniens. En réalité, ceux-ci sont initialement examinés par des neurochirurgiens, puis éventuellement évalués assez précocement par un psychiatre, voire un neurologue, après quoi ils sont référés dans le meilleur des cas à un médecin neuro-rééducateur, sinon le plus souvent à son médecin généraliste, dont la connaissance des troubles spécifiques des victimes de TCC est le plus souvent bien lacunaire. Cet état de fait n'est pas sans soulever des questions quant à pertinence de tels « avis d'experts ».

Enfin, quant au trouble de la personnalité pouvant expliquer une partie des symptômes de l'assuré, il est relaté comme *possible*, sans étayage plus précis. En outre, il n'explique pas comment un trait de personnalité, n'engendrant jusqu'ici aucun problème particulier ou invalidité, devient subitement invalidant, qui plus est en l'absence de troubles psychiatriques invalidants ».

Dans un avis médical du Service médical de l'AI (ci-après : SMR) du 14 juin 2017, le Dr D._____, médecin, a retenu les éléments suivants :

« La contestation de l'assuré, par l'intermédiaire de son avocate, s'exprime dans le courrier du 6 avril 2017. L'argumentaire repose sur une critique de nature juridique (violation du droit d'être entendu de l'assuré) sur laquelle nous n'interviendrons pas et sur une critique scientifique de l'expertise médicale elle-même par l'intermédiaire de l'avis du médecin psychiatre (sic) traitant de l'assuré et des conclusions du Dr V._____, neurologue. Sur les différents arguments médicaux évoqués, et sans vouloir entrer en discussion sur chaque point ce qui ne serait pas contributif, nous relevons que l'ensemble des critiques et observations soulevées était connu des experts au moment de l'expertise et a bien été considéré par eux dans leur analyse avant de livrer leur conclusion finale. Par ailleurs on constate qu'il n'existe pas d'éléments médicaux objectifs nouveaux fournis dans le cadre de cette contestation et qu'aucune divergence diagnostique ou médicale de fond n'est formulée. La seule différence, entre les avis médicaux formulés par les experts ou les médecins traitants, réside dans l'interprétation de la situation neuropsychologique décrite et de ses conséquences sur la capacité de travail exigible. De fait il s'agit en conséquence d'une interprétation différente d'une même situation clinique par différents spécialistes. Dès lors il ne nous appartient pas d'arbitrer entre ces avis, n'étant pas nous-même spécialiste. A ce stade il n'existe pas, selon nous, de raison médicale objective et fondée de s'écarter des conclusions des experts de la [...] de février 2017.»

Par décision du 27 juillet 2017, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} juillet 2012 au 31 janvier 2013. Il a retenu que dès le 19 octobre 2012, l'assuré avait recouvré une pleine capacité de travail dans toute activité, aucun préjudice économique ne pouvant ainsi être pris en considération.

D. Par acte du 30 août 2017, F._____, par l'intermédiaire de son conseil Me Graa, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière d'invalidité ainsi que deux rentes pour enfants lui soient allouées. Il estimait que la constatation, notamment par le Dr V._____, de troubles neuropsychologiques invalidants suffisait à lui octroyer une pleine rente d'invalidité. Par ailleurs, le rapport d'expertise du [...] du 17 février 2017, sur lequel se base la décision attaquée, ne saurait emporter conviction, étant critiquable tant sur la forme (un questionnaire erroné ayant été soumis aux experts) que sur le fond. Sur ce point, l'intéressé rappelait la position du Dr X._____, notamment quant à l'absence d'éléments radiologique et neurologique permettant d'objectiver

une lésion cérébrale, aux performances du recourant, à la durée du syndrome post-commotionnel, à sa collaboration et à son évaluation psychiatrique lacunaire. S'agissant de l'évaluation des experts en général, l'assuré alléguait que de nombreux arguments développés par le Dr X._____, aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions des médecins du [...], n'avaient pas été discutés, ôtant ainsi toute force probante à cette expertise. Enfin, le recourant observait que l'assureur accident avait retenu une incapacité de travail totale jusqu'au 13 février 2015.

Par réponse du 26 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, rappelant qu'aucune lésion cérébrale n'avait été mise en évidence lors des scanners cérébraux ou par les deux imageries à résonance magnétique (IRM) cérébrales, dont une à séquences angiographiques et tractographie, réalisées le 15 août 2016. Quant au questionnaire envoyé aux experts, l'OAI a précisé qu'il s'agissait d'un questionnaire identique à celui envoyé au conseil de l'assuré, constatant en outre que les experts avaient pris en compte les indicateurs du mandat pour l'établissement des expertises développés par la jurisprudence fédérale (arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015) et répondu aux questions de l'assuré.

Répliquant en date du 9 novembre 2017, l'assuré a confirmé les développements et conclusions prises lors de son recours. Il soutenait qu'il n'était pas nécessaire de relier les troubles cognitifs invalidants à une imagerie, puisqu'ils avaient été objectivés aux moyens de tests reconnus. De plus, pour l'intéressé, l'expertise du [...] ne remplissait pas les réquisits jurisprudentiels afin de se voir reconnaître valeur probante. L'assuré a également sollicité l'audition du Dr X._____ en qualité de témoin.

Dupliquant en date du 4 décembre 2017, l'OAI a confirmé les conclusions prises lors de sa réponse. Il retenait que, sur le plan neurologique, seul le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral avec syndrome post-commotionnel sans lésion cérébrale pouvait être retenu et qu'en rapport avec ce diagnostic, seule une incapacité de travail limitée

dans le temps pouvait être reconnue. Pour l'OAI, l'audition du Dr X._____ en qualité de témoin n'était pas nécessaire.

A l'occasion de déterminations supplémentaires déposées le 21 décembre 2017, l'assuré a intégralement confirmé ses écritures ainsi que les développements, mesures d'instructions requises et conclusions de son recours. Il rappelait que l'interprétation du Dr V._____ quant aux signes de majoration de l'assuré avait été sévèrement critiquée par le Dr X._____, ce dernier ayant également relevé des incohérences et une anamnèse insuffisamment détaillée quant aux activités encore accessibles au recourant. L'audition du Dr X._____ étant indispensable, sa requête en ce sens était maintenue.

E n d r o i t :

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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la 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 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), 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 LPGA).

b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances, institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA, est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20

décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA.

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Les exigences de forme prévues par la loi, au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, ont par ailleurs été respectées. Le recours est en conséquence recevable quant à la forme de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si le recourant 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'AI.

3. Dans un premier moyen de nature formelle, le recourant soutient que les experts du [...] se sont prononcés sur la base d'un formulaire différent de celui soumis à l'intéressé en date du 8 novembre

2016. Le recourant en déduit une violation du droit d'être entendu et que l'expertise ne remplit pas les conditions posées par l'art. 44 LPGA.

a) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (également l'art. 42 LPGA dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 consid. 3 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées).

b) En l'espèce, le questionnaire de l'OAI destiné aux experts du [...] a été produit par le recourant. Il s'agit du questionnaire type élaboré par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) qui s'impose aux offices de l'assurance-invalidité et qui est disponible en ligne. Il ne ressort pas du dossier administratif que l'OAI aurait envoyé deux questionnaires différents au [...] en omettant d'en transmettre un au conseil du recourant. L'hypothèse d'un second questionnaire résulte du fait que le [...] n'a pas suivi la structure formelle du questionnaire. Il a néanmoins traité toutes les questions, soit dans le corps de l'expertise auquel il renvoie (cf. mention figurant au début de la page 28 de l'expertise en question), soit dans le questionnaire identique à celui communiqué au conseil du recourant et reproduit au terme de l'expertise. Au demeurant, le recourant n'indique pas laquelle ou lesquelles des questions n'auraient pas été traitées. Par ailleurs, les experts se sont également prononcés sur les questions émanant de l'assuré (p. 26 de l'expertise). Une violation du droit d'être entendu ne saurait donc être retenue en l'occurrence.

4. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. c LAI) et peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20% environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

c) 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. 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 (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; TF 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4).

d) 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 (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 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité loc. cit.; TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2).

e) Concernant le principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans le domaine des assurances sociales, il sied de rappeler que

l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6.3). Indépendamment de cette précision, le Tribunal fédéral des assurances avait déjà jugé que les organes de l'assurance-invalidité et ceux de l'assurance-accidents étaient tenus de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité, les uns ou les autres ne pouvant se contenter de reprendre simplement et sans avoir effectué leur propre examen le degré d'invalidité fixé par l'autre assureur (ATF 126 V 288 consid. 3d p. 293).

6. Dans son acte de recours du 30 août 2017, le recourant conteste le rapport d'expertise du [...] sur plusieurs points. Il soutient que des lésions axonales diffuses ne sont certes pas décelables par imagerie, ce qui ne saurait pour autant confirmer leur absence. S'appuyant sur le rapport du Dr X._____ du 17 avril 2017, il expose que les lésions axonales n'engendrent habituellement pas de lésion neurologique focale mais des troubles cognitifs ou un syndrome post-commotionnel, atteintes que l'on retrouve chez le recourant. Ces troubles neuropsychologiques sont ainsi objectivés par le corps médical et l'empêchent effectivement d'exercer une activité professionnelle, justifiant ainsi une rente d'invalidité. L'intéressé rappelle qu'une partie importante des patients souffrant de syndrome post-commotionnel, près de 50% selon le Dr X._____, gardent des symptômes durablement. Concernant l'autolimitation suspectée par les experts du [...], le recourant relève que dite autolimitation a été retenue sans fondement, les arrêts médicamenteux étant intervenus sur ordre médical. Il conteste les discordances relevées par les experts entre la sévérité des troubles et la poursuite de certaines activités quotidiennes, soutenant notamment que des activités comme la rédaction de courriels lui coûtent encore passablement d'énergie, levant ainsi toute incohérence dans son propos. Finalement, concernant le volet psychiatrique de l'expertise contestée, le recourant fait valoir que l'exclusion du diagnostic de syndrome post-traumatique n'est pas justifiée, les experts se basant uniquement sur la persistance des symptômes depuis le traumatisme.

a) Singulièrement, le CT scan cérébral et cervical réalisé le jour de l'accident a exclu une lésion traumatique intracérébrale ou cervicale. Le CT scan cérébral du 16 juillet 2011 s'est quant à lui avéré normal. Le rapport d'IRM cérébrale du 19 janvier 2012 conclut à l'absence d'argument en faveur d'une lésion post-traumatique, en particulier dans les régions fronto-basales et temporo-polaires des deux côtés. L'examen IRM Tesla 3 du 18 février 2015 a démontré la parfaite intégrité du parenchyme cérébral ainsi que des structures ventriculaires et vasculaires. Enfin, l'angio-IRM cérébrale du 15 août 2016, impliquant une nouvelle technique sous la forme d'une tractographie, n'a démontré aucune anomalie de l'anisotropie fonctionnelle, et par conséquent aucun signe pour une discontinuité significative des fibres cérébrales qui auraient pu témoigner de lésions traumatiques sous-jacentes.

Quand bien même la littérature médicale atteste de la possibilité que des lésions axonales diffuses ne soient pas révélées ou détectables par la neuro-imagerie, une telle hypothèse ne se rencontrerait que dans 10 à 20% des cas. Or, à l'aune de la règle de la vraisemblance prépondérante prévalant en matière d'assurances sociales, un tel pourcentage est incontestablement trop faible pour retenir l'existence d'une lésion axonale diffuse comme avérée.

Au demeurant dans la mesure où du point de vue de l'assurance invalidité, ce n'est pas fondamentalement le diagnostic mais l'effet d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail qui est pertinent (TF 9C_273/2018 du 28 juin 2018, consid. 4.2), l'existence ou non de lésions axonales n'est pas déterminante. Il s'agit bien plutôt d'apprécier l'influence des troubles cognitifs sur la capacité de travail.

b) En l'occurrence, il y a unanimité médicale quant à la constatation de troubles cognitifs, lesquels font partie des symptômes autorisant le diagnostic de syndrome post-commotionnel ; au demeurant, les experts du [...] ne l'excluent pas, dit syndrome étant en effet mentionné dans le diagnostic principal. En revanche, les experts limitent

les effets incapacitants du syndrome post-commotionnel au 19 octobre 2012, suivis sur ce point par l'OAI.

Il n'est pas contesté que les troubles inhérents à un syndrome post-commotionnel sont présumés disparaître avec le temps. Reste que la durée précise de la guérison peut varier d'un cas à l'autre. Dans un article paru au n°78 du périodique « Informations médicales » (page 93 et ss), édité par la SUVA et destiné aux médecins suisses, le Dr Ruben J. Echemendia, mentionne ce qui suit :

« Chez la plupart des individus, les signes et symptômes de commotion cérébrale disparaissent naturellement sur une période de temps relativement brève. Iverson, Lange, Gaetz & Zasler (2006) ont revu en détail la littérature médicale et en ont conclu que «les troubles cognitifs, psychologiques, ou psychosociaux permanents dus aux effets biologiques du traumatisme sont peu fréquents chez les personnes ayant subi un TCC léger et rare chez les sportifs.» (p. 360). En effet, on observe généralement une guérison complète chez les patients traumatisés crâniens en 1 à 3 mois et en 5 à 10 jours chez les sportifs. Certains patients (environ 5 à 20%) ne guérissent pas en 3 mois et développent ce que l'on appelle un syndrome post-commotionnel persistant. Ce syndrome est très controversé car son existence n'a pas été prouvée de façon appropriée dans les études prospectives. Le rôle des litiges ou autres situations pouvant offrir un bénéfice secondaire au patient est évoqué dans le développement et le maintien de ce syndrome post-commotionnel. Il est très difficile à définir et à isoler car les symptômes ne sont pas spécifiques et apparaissent aussi dans la population normale (par ex: céphalées), chez les patients sans antécédents de traumatisme crânien (par ex: traumatisme orthopédique, douleur chronique) et chez les malades psychiatriques (par ex: dépression, état de stress post-traumatique). A présent, la plupart des chercheurs et théoriciens qui étudient cette affection pensent qu'elle est causée par une interaction complexe entre les caractéristiques biologiques du traumatisme, les antécédents psychologiques et psychosociaux du patient, la situation actuelle, les effets de la douleur et une multitude d'autres facteurs ».

Il ressort du rapport établi le 27 mars 2012 par le Dr B. _____ que l'incapacité de travail est totale. Dans son rapport du 5 novembre 2012, ce médecin relève également la difficulté de se prononcer sur la capacité de travail et l'évalue à 50% dans l'ancienne activité, sans se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée et évoque déjà une éventuelle composante psychogène aux troubles du recourant en raison de son inactivité. Tant dans son rapport du 19 octobre 2012 que dans celui du 5 novembre 2012, le Dr B. _____ qualifie l'évolution de la

situation d'atypique et s'avère formel quant à la nécessité d'une réintégration rapide de l'assuré dans le circuit professionnel. Il se déduit de la nature de cette recommandation une pleine capacité de travail au 19 octobre 2012, à tout le moins dans une activité adaptée et sous condition d'une reprise progressive de l'activité professionnelle. Sur ce point, il sied de relever que les mesures de réinsertion professionnelle prévues par l'intimé en 2013 se sont soldées par un échec non pas en raison de limitations qui auraient été objectivées par les intervenants mais parce que l'assuré les estimait incompatibles avec son état de santé.

En l'espèce, la date du 19 octobre 2012 retenue par les experts du [...] dépasse largement la durée de guérison de la majorité des patients souffrant d'un syndrome post-commotionnel, soit entre 80% et 95% selon l'étude du Dr Echemendia. Compte tenu également de la recommandation du Dr B._____ formulée le 19 octobre 2012 et confirmée le 5 novembre 2012, d'intégrer au plus vite un circuit de réinsertion professionnelle, le raisonnement des experts retenant la date du 19 octobre 2012 comme fin de l'incapacité totale de l'assuré en relation avec le syndrome post-commotionnel ne prête pas flanc à la critique.

c) Concernant les éléments de discordance et d'autolimitation, ils sont en l'occurrence confirmés tant par l'expertise psychiatrique du Dr K._____, qui relève une discordance entre le comportement pendant l'entretien et les allégations de troubles cognitifs, que par le test TOMM (Test of Memory Malingering) réalisé en dernier lieu par le Dr V._____. Ce test est précisément destiné à évaluer les comportements dits de simulation en matière de troubles cognitifs. Plus exactement, il s'agit d'un test de reconnaissance de la mémoire visuelle composé de 50 questions permettant de faire la distinction entre altération de la mémoire réelle et simulation, avec deux essais d'apprentissage et un essai de rétention facultatif après un délai. C'est donc sur la base de l'analyse des résultats d'un test exécuté par le recourant lui-même que le Dr V._____ pose le constat d'un effort sub-optimal ou d'une autolimitation. N'apportant aucun élément susceptible de remettre en question la pertinence de ce

test et se limitant à la critique de la lecture de ses résultats par le Dr V. _____ alors que le but de ce test est précisément de dépister la simulation, les objections formulées par le Dr X. _____ sur l'appréciation du test TOMM ne sont pas déterminantes.

S'agissant de la discordance observée par les experts entre la sévérité des troubles telle que rapportée par le recourant à la faveur de ses examens médicaux et la poursuite de certaines activités au quotidien telles que conduite de véhicule ou travail sur ordinateur, il apparaît que l'élément déterminant pour les experts est la capacité du recourant à maintenir des activités quotidiennes, lesquelles ne se confinent pas à la seule durée des trajets en voiture ou rapidité d'exécution du travail sur ordinateur.

d) Concernant les traitements médicamenteux, les experts ont mentionné l'existence entre juillet 2013 et fin 2014 de traitements de fond antidépresseurs ou visant à contrôler les troubles du sommeil et observé qu'ils demeuraient sans effet sur les symptômes. Ils ont également évoqué les essais d'optimisation du traitement des céphalées et relevé que depuis début 2016, l'assuré ne bénéficiait plus de traitement de fond, hormis un traitement somnifère.

Il ressort de cette appréciation que s'il existait certes des effets secondaires, les arrêts de traitements étaient justifiés par l'absence d'effets sur les symptômes rencontrés chez le recourant. Par ailleurs, en page 23 de l'expertise précitée, les experts expliquent ne pouvoir juger de l'adhésion du recourant aux traitements et considèrent étonnant que ces différents traitements aient été souvent utilisés sur de très courtes périodes. Ils ne mentionnent en revanche pas de refus ou d'arrêt spontané des traitements médicamenteux de la part du recourant.

Il apparaît que les experts sont demeurés très factuels s'agissant des traitements médicamenteux de telle sorte qu'une erreur d'appréciation ne saurait leur être reprochée.

7. En substance, les arguments avancés par le recourant ne permettent pas de mettre en doute les conclusions prises par les experts du [...]. Ensuite du test TOMM, le Dr V._____ ne renouvelle pas sa recommandation d'une prise en charge neuropsychiatrique et arrive à la conclusion que les troubles cognitifs et comportementaux associés à la personnalité relevée dans l'expertise psychiatrique du Dr K._____ ne constituent pas une maladie et encore moins des séquelles accidentelles. Par ailleurs, l'expertise du 17 février 2017 répond manifestement aux réquisits de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante, intégrant une anamnèse complète et se fondant sur un examen clinique et circonstancié de l'assuré. Les experts motivent au demeurant clairement leur appréciation du cas. Au vu de ce qui précède, l'expertise en question constitue ainsi une base appropriée afin de retenir chez l'assuré une pleine capacité de travail dès le 19 octobre 2012.

8. Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

Tel est le cas en l'espèce, l'OAI ayant octroyé, par décision du 27 juillet 2017, une rente limitée dans le temps, en l'occurrence du 1^{er} juillet 2012 au 31 janvier 2013. C'est à juste titre que l'OAI a mis fin au versement de la rente au 31 janvier 2013, soit trois mois après le 19 octobre 2012, date de la réintégration par le recourant d'une pleine capacité de travail.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

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'assurance-invalidité 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 situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 juillet 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge d'F._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Graa, pour le recourant,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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).

Le greffier :