

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 décembre 2014

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Dessaux et M. Merz
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

A.T. _____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 7 et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. Le 28 février 2008, A.T. _____ (ci-après : l'assuré), né le [...] 1957, a déposé une demande de rente de l'assurance-invalidité (AI). Il était employé par la société S. _____ SA à [...].

Par déclaration d'accident du 12 mars 2007 transmise par l'employeur à la ZZ. _____ [...] (ci-après : la ZZ. _____), l'assuré a annoncé que le 3 mars 2007, vers 15 heures, il avait eu un accident de ski qu'il a décrit comme suit : « *A ski [j]'ai tapé le ski gauche dans une gonfle, suivi d'un vol plané sur le dos et j'ai atterri sur la tête* ».

Dans un rapport du 27 avril 2007, la Dresse N. _____, spécialiste en rhumatologie, a diagnostiqué des cervicalgies aiguës post-traumatiques. Elle a indiqué en outre ce qui suit :

"Éléments d'anamnèse :

Il s'agit d'un patient de 50 ans, en bonne santé habituelle, qui a fait une chute à ski le 03.03.2007 à haute vitesse, avec un choc en arrière sur la tête et le haut du dos. M. A.T. _____ a possiblement eu une brève perte de connaissance de quelques minutes. Immédiatement après le choc, M. A.T. _____ a eu de violentes céphalées. Il a pu néanmoins redescendre à ski jusqu'à son lieu de vacances. Le 04.03.2007, M. A.T. _____ a de nouveau skié, avec toutefois d'importantes céphalées. Le 05.03.2007, il a repris le travail. Toutefois, le soir même, en raison d'importantes céphalées et de cervicalgies inaugurales accompagnées d'un blocage, il s'est présenté aux urgences de traumatologie du Centre hospitalier K. _____. Les radiographies effectuées, restées au Centre hospitalier K. _____, n'ont pas démontré de fracture. Les médecins du Centre hospitalier K. _____ lui ont remis un traitement antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxant, avec un arrêt de travail d'une semaine. Sous ces traitements, les céphalées ont progressivement disparu. Toutefois, M. A.T. _____ présente toujours d'importantes cervicalgies, de caractère mécanique. Celles-ci augmentent à la mobilisation et diminuent au repos. Elles irradient vers le rachis dorsal haut. Elles sont également déclenchées par l'éternuement et la déglutition. La nuit, il existe des douleurs aux manœuvres de retournement. Il n'y a jamais eu d'irradiation dans les membres supérieurs.

[...]

Appréciation :

M. A.T._____ présente donc des cervicalgies aiguës post-traumatiques, de caractère mécanique.

A l'examen clinique, on relève une importante limitation de la mobilité du rachis cervical et des douleurs à la palpation des régions para-vertébrales cervicales et dorsales hautes. Il n'y a pas de déficit neurologique des membres supérieurs. Les radiographies de la colonne cervicale et dorsale du 05.03.2007 n'ont pas démontré de fracture ni de trouble dégénératif. Vu la normalité du status neurologique des membres supérieurs, il n'y a actuellement pas d'indication à compléter le bilan par une IRM cervicale.

Sur le plan thérapeutique, j'ai proposé à M. A.T._____ de poursuivre son traitement médicamenteux. Je lui ai prescrit 9 séances de physiothérapie, sous forme de massages décontractants, d'étirements musculaires et d'apprentissage d'exercices à faire à domicile. J'ai recommandé à M. A.T._____ d'arrêter de porter sa collerette mousse la journée et de reprendre ses activités normales à domicile.

Concernant son activité professionnelle, il me paraît justifié de poursuivre l'incapacité de travail à 100 % jusqu'à mi-mai 2007, afin de permettre à M. A.T._____ d'entreprendre la physiothérapie. Une reprise à 50 % devrait alors être possible."

Dans un rapport du 23 mai 2007 consécutif à un contrôle effectué le jour même, la Dresse N._____ a précisé qu'après huit séances de physiothérapie active, l'assuré signalait une diminution des douleurs et une amélioration de la mobilité de la nuque et qu'il persistait des exacerbations douloureuses, sous forme d'une douleur cervicale basse en barre, lors des mouvements brusques. Elle a estimé que l'évolution était progressivement favorable sous un traitement conservateur et a précisé avoir convenu avec l'assuré d'une reprise à 50% le 1^{er} juin 2007, puis à 100% le 1^{er} juillet 2007.

Le Dr Z._____, médecin interniste consulté par l'assuré depuis le 9 mars 2007, a indiqué ce qui suit dans un rapport du 31 mai 2007 :

"[...]

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

3. L'état général ne s'est pas modifié dans toute l'évolution. Pas de suites de maladie ou d'autres accidents à envisager.
4. On palpe des contractures musculaires marquées sur toute la longueur des ceintures scapulaires ainsi qu'au niveau cervical ; la mobilité cervicale est surtout réduite dans les mouvements latéraux. Absence de toute symptomatologie radriculaire neurologique.
Constatations radiologiques : comme les radiographies du Centre hospitalier K._____ étaient restées introuvables et vu une évolution plutôt défavorable au départ, j'ai refait des clichés en date du 03.04.07 qui ont permis d'exclure des lésions osseuses ; quelques troubles dégénératifs non contributifs à cet événement.
5. Traumatisme crânio-cervical.
6. L'évolution s'explique par l'accident seul.
7. a) anti-inflammatoire, myorelaxant, antalgique.
b) vu l'évolution prolongée, j'ai adressé Monsieur A.T._____ à une spécialiste en rhumatologie [...]."

Le Dr Z._____ a expliqué en outre que l'incapacité de travail était totale dès le 6 mars 2007, qu'une reprise à 25% dès le 21 mars 2007 avait dû être interrompue dès le 30 mars 2007 pour exacerbation des douleurs et qu'une reprise du travail à 50% était agendée pour 1^{er} juin 2007, une reprise totale devant pouvoir se faire dans six à huit semaines.

Dans un rapport médical intermédiaire du 20 juillet 2007, la Dresse N._____ a relevé une évolution lentement favorable avec diminution des douleurs et augmentation de la mobilité cervicale. Elle a en outre signalé des relations difficiles avec l'employeur selon l'assuré. Concernant le traitement, elle a proposé la poursuite de la physiothérapie et des adaptations du poste de travail. Elle a ajouté qu'il existait un risque de chronicisation de la douleur et a fait mention d'une reprise de travail à 25% depuis le 2 juin 2007 puis à 50% dès le 30 juillet 2007.

Le 18 septembre 2007, la Dresse N._____ a expliqué qu'avec le traitement pratiqué, la mobilité de la colonne cervicale avait été nettement améliorée, tant en flexion-extension, en rotation et en inclinaison latérale, de même que la stabilité dynamique, la force musculaire et la résistance à l'effort. Elle a ajouté que l'assuré était responsable du service de la comptabilité, son activité consistant principalement en un travail à l'ordinateur et nécessitant une importante concentration. Elle a mentionné que dès que la charge de travail augmentait, d'importantes contractures musculaires au niveau des

trapèzes, des angulaires des omoplates et des paravertébraux apparaissaient, associées à des douleurs cervicales et que de ce fait, il lui paraissait souhaitable que l'assuré puisse poursuivre les séances de physiothérapie, jusqu'à ce qu'il ait retrouvé une capacité complète de travail.

La ZZ._____ a mandaté expert le Dr M._____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 26 octobre 2007, l'expert a notamment relevé les points suivants :

"IV. APPRECIATION

L'assuré est un homme de 50 ans, en bonne santé habituelle, très sportif, vendeur de profession, soumis depuis des années à un stress professionnel considérable, et ceci dans un contexte probable de mobbing. Il a été victime d'une chute à ski relativement violente le 03.03.2007, avec probable perte de connaissance brève. Dans les suites il a développé d'intenses céphalées et des cervicalgies. Les céphalées ont évolué assez rapidement favorablement, mais pas les cervico-dorsalgies qui persistent encore actuellement. Le bilan radiologique effectué a permis d'exclure une dislocation, ou une fracture-luxation de la région cervicale. Sur le plan neurologique, il n'a jamais présenté de complication. Compte tenu de ces éléments on est en mesure de conclure à un traumatisme crânio-cérébral mineur ou commotion cérébrale, associé à une probable distorsion cervicale de stade II (selon la Quebec Task Force 1995).

Malgré un traitement adéquat, l'évolution n'est que lentement favorable, avec encore actuellement, soit près de 7 mois après les faits, la persistance d'intenses douleurs, invalidantes, n'ayant pas permis la reprise de l'activité professionnelle à plus de 50%.

Objectivement, l'assuré apparaît comme une personne anxieuse, qui avoue un stress professionnel considérable. Au status on peut mettre en évidence des douleurs bien reproductibles à la palpation des groupes musculaires paracervicaux et de la ceinture scapulaire, mais il n'y a pas réellement de syndrome cervical. Pour le reste le status neurologique détaillé est normal, et en particulier permet d'exclure formellement un syndrome radiculaire aux membres supérieurs, ou une atteinte médullaire cervicale.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, nous estimons que ce patient a présenté une commotion cérébrale et une distorsion cervicale, dont l'évolution n'est pas favorable en raison de la survenue dans l'intervalle d'une décompensation psychique sur un mode anxieux, peut-être dépressif mais transitoirement, et ceci secondairement à un stress professionnel intense, subi depuis une dizaine d'années. Actuellement le tableau est caractérisé surtout par des douleurs tensionnelles dans le cadre d'un état anxieux. Si l'on tient compte des circonstances accidentelles, de l'ensemble des éléments cliniques, radiologiques, précédemment décrits, le stat[u]

quo ante devrait être atteint après un délai de 6-8 mois, avec objectivement, en date de l'expertise, l'absence d'élément traumatique indiscutable.

Pratiquement, le traitement de physiothérapie et d'antidouleurs mérite d'être poursuivi. Le pronostic est probablement favorable, mais le patient avait besoin d'être rassuré. Je l'ai encouragé à reprendre son activité professionnelle, ce qu'il estime être en mesure de faire, psychiquement, dès le 01.01.2008. Dès lors, sur le plan asséculoologique, la situation peut être considérée comme maladie jusqu'à cette échéance.

[...]

4. Diagnostic exact ?

- Status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale de stade II après chute à ski le 03.03.2007.
- Cervicalgies chroniques et état anxieux dans le cadre d'un stress professionnel.

5a. Les plaintes émises par le patient et les troubles constatés sont-ils dus de façon

- **certaine**
- **probable**
- **seulement possible**
- **exclue**

à l'accident assuré ? Comment motivez-vous votre réponse ?

Il existe une vraisemblance prépondérante, soit une causalité probable à certaine entre les plaintes émises par le patient et l'accident assuré jusqu'à un délai de 6-8 mois après l'accident, soit au plus tard jusqu'à la date de l'expertise. Au-delà de cette date, la causalité est au maximum possible, ceci en raison du tableau actuel, qui correspond plus à des cervicalgies tensionnelles sur un état anxieux, ainsi que sur la base de l'anamnèse, des données objectives, cliniques et radiologiques.

5b. Des facteurs étrangers à l'accident influencent-ils le cours de la guérison ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure ?

Oui, l'état anxieux, le stress professionnel, le tableau après probable état dépressif transitoire.

6. Est-ce qu'un traitement médical serait susceptible d'améliorer l'état actuel ? Si oui, lequel et par qui ?

Oui, par le médecin traitant de l'assuré, à savoir la Doctoresse N._____. Le traitement actuel semble adéquat. Tout au plus, le traitement d'Efexor pourrait être éventuellement optimisé, en sachant que la venlafaxine a une activité antalgique à une dose relativement importante.

7. Quelle est la capacité de travail actuelle à la suite de l'accident ? Si une incapacité de travail, même partielle, devait subsister, à partir de quand peut-on raisonnablement exiger de l'assuré qu'il reprenne complètement le travail ?

Actuellement la capacité de travail n'est que de 50%, ceci jusqu'au 31.12.2007.

8. Quelles sont les amplitudes fonctionnelles des cervicales ?

Complètes.

9. Est-ce que l'état de santé actuel peut être considéré comme stabilisé ?

Non.

Sinon, dans quel délai le sera-t-il ?

Fin 2007.

10. Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ?

Il n'y a pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ou mentale au sens de l'article 24 LAA."

Par décision du 8 novembre 2007, la ZZ._____ a informé l'assuré qu'il n'existait plus de rapport de causalité entre les troubles actuels et l'accident et mis un terme à ses prestations au 31 octobre 2007, décision contre laquelle l'assuré a fait opposition.

Le 19 novembre 2007, la Dresse N._____ a établi le certificat médical suivant :

"Le médecin soussigné certifie que Monsieur A.T._____, né [...].1957, est suivi à sa consultation de rhumatologie depuis le 25.04.2007 en raison de cervicalgies post-traumatiques (accident du 03.03.2007). L'évolution est progressivement favorable, Monsieur A.T._____ ayant pu arrêter les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les myorelaxants, et débiter en physiothérapie de la musculation avec des poids de 20 kg. La seule médication est actuellement de l'Efexor 75 mg 1 comprimé par jour. Ce médicament a été commencé le 01.06.2007, après que Monsieur A.T._____ a consulté en urgences, effondré et en larmes suite à l'échec de la reprise du travail le matin même à 50%. Le choix s'est porté sur cet antidépresseur parce qu'il est reconnu comme pouvant être aussi efficace dans le traitement des douleurs chroniques."

Dans un rapport du 27 novembre 2007, la Dresse N._____ a indiqué notamment que lors du contrôle du même jour, l'assuré avait dit présenté depuis début novembre 2007 des claquements musculaires cervicaux, des flashes d'étourdissement et des nausée. Il l'avait également informée avoir débuté un suivi chez la Dresse V._____ (spécialiste en anesthésiologie) ; aussi la Dresse N._____ avait-elle décidé d'un commun accord avec l'assuré de mettre un terme à sa prise en charge, étant précisé que, sur le plan professionnel, elle n'avait pas prolongé le certificat d'incapacité de travail, le suivi à sa consultation étant terminé.

Dans un rapport du 30 novembre 2007, la Dresse V._____ a retenu les diagnostics de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II (Quebec Whiplash Task Force 1995), syndrome myofascial régional cervical et TMD joint syndrome. S'agissant de la reprise de travail, elle s'est référée à l'appréciation de la Dresse N._____.

Aux termes d'une feuille accident LAA, la Dresse V._____ a attesté une incapacité de travail à 100% à compter du 30 novembre 2007.

D'un compte-rendu du 7 décembre 2007 établi par la Dresse H._____, spécialiste en radiologie, il est ressorti qu'une imagerie par résonance magnétique [IRM] cervicale avait été effectuée le 6 décembre 2007 et avait montré une hernie disco-ostéophytaire paramédiane droite en C4-C5, sans amputation radiculaire sur la séquence myélographique. Une IRM lombaire avait en outre révélé des discopathies L4-L5 et L5-S1 modérées, ainsi qu'une protrusion discale L4-L5 médiane et légèrement paramédiane droite sans amputation radiculaire. Enfin, des radiographies standards de la colonne cervicale face et profil et colonne lombaire face et profil avaient mis en évidence des troubles statiques modérés et de discrets troubles dégénératifs.

Dans un rapport du 19 décembre 2007 adressé à la Dresse V._____, le Prof. R._____, neurochirurgien, a indiqué notamment ce qui suit :

"AFFECTION ACTUELLE :

Spontanément et en tout premier lieu, [l'assuré] déclare qu'il a tout le temps des vertiges, puis des fourmillements dans les mains, ensuite des picotements dans les membres, "peut-être dans les pieds ou dans les cuisses, n'importe".

Au niveau des mains, tous les doigts sont concernés. Il y a 2 semaines, il a eu d'énormes fourmis dans les deux mains.

Les vertiges ont débuté il y a 2 mois et il parle de "flashes d'étourdissement". Ces derniers surviennent de manière continue de pair avec les fourmillements.

Au début, il a eu également quelques douleurs à la nuque, mais depuis 3 mois, beaucoup moins, il est bien lorsqu'il est couché.

Dès qu'il fait un effort intellectuel ou physique, les phénomènes susmentionnés apparaissent.

Le patient décrit aussi d'autres phénomènes dans sa tête.

OBJECTIVEMENT :

Le patient paraît bien.

Alors qu'il indique de violents vertiges subjectifs, on note des mouvements oculaires sp, sans nystagmus.

Les Romberg sont parfaitement stables.

La marche aveugle sur une ligne est également parfaite.

Il y a un discret syndrome cervical; tous les mouvements provoquent quelques douleurs postérieures à l'extrême.

Réflexes bicipital, radiopronateur et tricipital, faibles ddc, Trömner faible ddc, achilléen faible ddc, cutané plantaire en flexion ddc.

Manoeuvres de Phalen et de Tinel, négatives.

A l'examen sensitif à l'aiguille, le patient déclare qu'il ne sent pratiquement rien aux deux mains et dans tous les doigts, mais spontanément, il les utilise normalement.

La marche est sp.

[...]

APPRECIATION :

Dans ce cas, je n'ai pas pu poser de diagnostic neurochirurgical.

Le tableau clinique n'est pas très organique.

Radiologiquement, il n'y a que des discopathies mineures C5-C6 et moindres C4-C3 et C6-C7. En l'absence de brachiales, je ne propose pas d'autres investigations pour le moment.

La situation aurait été différente s'il y avait eu une symptomatologie radiculaire claire.

A ce stade, on s'en tiendra aux diagnostics que vous avez déjà évoqués, c'est-à-dire un de ces tableaux que l'on voit peut voir après "whi-plash" et un syndrome néo-facial."

Le 17 janvier 2008, la Dresse V. _____ a indiqué que les symptômes présentés par l'assuré étaient en relation avec l'accident .

Dans un rapport d'expertise complémentaire du 29 janvier 2008, le Dr M. _____ a exposé notamment ce qui suit :

"APPRECIATION

Rappelons que l'assuré a été victime d'une chute à ski relativement violente le 03.03.2007 avec probable perte de connaissance brève. Dans les suites il a présenté des cervico-dorsalgies persistantes. L'ensemble du bilan radiologique et clinique n'a pas mis en évidence de complication sévère. Sur la base de ces différents éléments, l'expertise médicale LAA mandatée avait conclu à un status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale de stade II après chute à ski le 03.03.2007 et à des cervicalgies chroniques et état

anxieux dans le cadre d'un stress professionnel. On estimait le stat[u] quo sine rétabli en date du 26.10.2007.

Dès lors, la ZZ._____, en tant qu'assureur LAA, a mis fin à ses prestations au 31.10.2007. La missive de l'assuré, adressée à la ZZ._____, avec copie aux différents intervenants, très quérulante, est quelque peu surprenante. En effet, en fin d'examen, le 02.10.2007, les conclusions de l'expertise ont été exposées à l'assuré, qui semblait les avoir bien compris et qui n'a manifesté aucun comportement revendicateur à ce moment.

Dans l'intervalle, il semble avoir développé des plaintes non réellement formulées au moment de l'expertise, à caractère de vertiges, de "flashes", associés à une exacerbation des paresthésies. Objectivement, un bilan sanguin a été effectué, qui en aucune manière n'apporte d'élément nouveau, parlant pour un lien de causalité entre l'événement assuré et les plaintes actuelles. De même, le bilan radiologique effectué le 06.12.2007, avec radiographies standards et IRM du rachis cervical et lombaire, mettent en évidence essentiellement des troubles statiques et dégénératifs, et ne mettent pas en évidence d'image d'une atteinte traumatique. Sur le plan neurologique le patient a été examiné le 19.12.2007 par le Professeur Fankhauser, qui décrit un status neurologique sans anomalie objective, et qui évoque un tableau clinique non organique.

En conclusion, les nouveaux éléments à disposition ne sont pas probants en faveur d'un lien de causalité naturelle entre l'événement assuré du 03.03.2007, et les plaintes actuelles. Il n'y a donc pas lieu de revoir les conclusions de l'expertise du 02.10.2007. Conformément à celle-ci, je confirme que le stat[u] quo sine peut être considéré comme rétabli en date du 26.10.2007."

Le 4 février 2008, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne et médecin conseil de la ZZ._____, a écrit à la Dresse V._____ notamment ce qui suit :

"Je suis en possession, en tant que médecin conseil de la ZZ._____, des différents courriers que vous avez adressés à la ZZ._____, ainsi qu'une copie du courrier que vous avez adressé à la Protecta, ainsi que la copie du consilium du Prof. R._____ du 19.12.2007.

Les documents à disposition me permettent de reconstituer que votre patient a subi un accident à ski le 3.03.2007. Le diagnostic de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II a été posé par la Dresse N._____ et confirmé par le Dr M._____ dans son expertise du 26.10.2007. Suite à la prise en charge par la Dresse N._____, une nette amélioration de l'état général est décrite, si bien qu'une reprise du travail a pu avoir lieu le 1er juin 2007 à 50 %. Suite à cette reprise, M. A.T._____ a présenté un état d'effondrement psychique et des larmes, si bien que la Dresse N._____ a été amenée à introduire un antidépresseur L'état anxieux est confirmé par le Dr M._____ dans son expertise et

également observé par le Prof. R._____, dont l'examen ne révèle aucun signe neurologique d'anomalie et permet d'établir qu'il y a une présentation de symptomatologie attribuable à une surcharge psychique.

En conséquence, je ne peux retenir l'argument d'une causalité naturelle entre l'accident et la symptomatologie actuelle. Je recommande donc à la ZZ._____ de mettre un terme aux prestations pour suite de l'accident au 31.12.2007."

Par décision sur opposition du 19 février 2008, la ZZ._____ a maintenu son premier prononcé.

Le 20 mars 2008, le Dr D._____, radiologue au Centre NN._____ [...], a établi un rapport consécutif à une IRM fonctionnelle de la jonction crano-cervicale. De la traduction française jointe à ce rapport, il est ressorti notamment ce qui suit :

"Diagnosti[c] clinique:

Syndrome du coup du lapin avec stade II d'un "W[h]iplash associated disorder" (selon la Quebec Whiplash Task Force 1995): Cervicalgies avec des blocages cervicaux, des vertiges, des douleurs dans le dos et les deux bras. Nombreux Trigger points dans la région cervicale, thoracique et lombaire.

[...]

Interprétation:

Signes de lésion de la membrane atlanto-occipitale postérieure de Grade I selon Krakenes. Altération partielle du signal du ligament alaire droit près de son insertion, compatible avec une lésion de grade I-II selon Krakenes, avec discrètes cicatrices au niveau des tissus mous avoisinants. Indices de dyskinésie lors de la rotation vers la droite, qui est néanmoins limitée de façon non-spécifique."

Par lettre du 1^{er} avril 2008, la ZZ._____ a informé l'assuré que compte tenu du rapport précité, elle annulait sa décision du 8 novembre 2007 [recte : 19 février 2008] pour reprendre des investigations complémentaires.

Le même jour, l'assuré a notamment produit un rapport du 27 mars 2008 du Dr J._____, spécialiste en neurologie [...], dont il résultait

en particulier ce qui suit, selon la traduction française fournie par l'intéressé :

"Origine de l'accident et historique"

Le patient descendait une pente à ski vers 15 heures lorsqu'un snowboarder lui a coupé le chemin; le patient a dû faire un mouvement brusque vers la gauche pour éviter la collision, qui s'est tout de même produite; le patient est violemment tombé en arrière, de la droite vers la gauche, sous l'effet d'un puissant mouvement de rotation du corps, et a frappé plusieurs fois le sol avec l'arrière de la tête et avec la partie temporale. Il a ensuite perdu conscience.

Lorsqu'on lui pose la question, le patient indique que la dernière chose qu'il voit dans son souvenir est le snowboarder et sa chute, et la première chose après son réveil est quelqu'un qui lui demande si ça va. Le délai entre ces deux images doit avoir été de trois minutes maximum; le patient a eu une amnésie de 3 minutes maximum.

Il n'a pas été blessé extérieurement.

La station était éloignée d'environ 300 m; il a pu s'y rendre à ski, il souffrait de très forts maux de tête; chaque pas était douloureux. Il est ensuite redescendu à l'hôtel avec le téléphérique. Les maux de tête ont continué la nuit; c'était un samedi. Le patient s'est rendu au Bancomat le dimanche; il sentait à nouveau de très forts maux de tête à chaque pas.

Retour à la maison le dimanche 04.03.2007. Le lundi 05.03.07, il a essayé de travailler - il avait beaucoup de travail - mais cela n'allait pas à cause de violents maux de tête et maux de cou, de douleurs qui se diffusaient dans l'épaule, d'un manque de concentration, etc. Il a travaillé jusque vers 16 heures. Le mardi, il est allé au travail vers 8 heures, mais cela n'allait pas du tout, il s'est alors rendu au service des urgences (Centre hospitalier K._____) où il a été examiné; on lui a fait des radios (qui sont introuvables) et on lui a donné une minerve.

La suite du traitement est due au médecin de famille, le Docteur Z._____, avec des médicaments; il a aussi prescrit une physiothérapie.

[...]

Conclusion et procédures

Le patient susmentionné a subi une chute à ski le 3 mars 2007, comme indiqué plus haut, avec commotion cérébrale avec brève perte de conscience et amnésie, pendant environ 3 minutes, avec contusion à la tête, mais aussi avec mouvement réflexe de la tête et de la colonne cervicale avec distorsion équivalente de la colonne cervicale avec développement consécutif d'un syndrome cervical avec symptomatologie neurovégétative, et surtout avec une symptomatologie myofasciale massive. L'évolution a montré une amélioration sous thérapie. Après une incapacité de travail de trois mois, une reprise du travail à 25%, puis à 50% a été possible en tant que responsable financier d'une entreprise. La colonne cervicale est

restée sensible aux sollicitations et présentait des bruits de craquement lors des mouvements. En septembre 2007; forte exacerbation des douleurs après un craquement nettement audible, avec développement de vertiges, d'une cervicobralgie à droite avec picotements; la situation a persisté, cependant le patient a pu travailler avec ses dernières forces jusqu'au 30.11.2007 (à 50%) jusqu'à ce que cela n'aille plus. Un traitement des trigger points sous anesthésie locale a permis d'améliorer la situation; en janvier 2008, les vertiges étaient en régression, cependant le traitement n'était pas terminé. Il a été envisagé une reprise limitée du travail (3 à 4 heures par jour) fin mars/début avril 2008.

Le patient présente aujourd'hui une symptomatique myofasciale accentuée au niveau cervico-occipital, de l'épaule et de la région de l'omoplate avec de nombreux trigger points, comme indiqué plus haut; il y a en outre un nystagmus des deux côtés, plus fort à droite qu'à gauche. Un examen otoneurologique est indiqué en urgence"

Les Drs P._____ et L._____, spécialistes en oto-rhino-laryngologie à [...], ont fait état de ce qui suit dans un rapport du 20 mai 2008, selon la traduction française produite par l'assuré :

"Diagnostics

Vestibulopathie périphérique gauche (ICD 10 H81.3).

Vestibulopathie centrale (ICD 10 H81.4) liée à un accident de ski du 3 mars 2007 avec commotion cérébrale, contusion cérébrale, distorsion de la colonne cervicale, symptomatique myofasciale.

Évaluation et procédures

Dans le cadre de ses troubles persistants de l'équilibre, le patient se plaint principalement de vertiges survenant pendant les activités physiques, lorsqu'il tourne la tête, lorsqu'il marche et lors de la réalisation d'un travail demandant de la concentration. L'examen neurologique du 27 mars 2008 indique un nystagmus d'amplitude de secousse modérée, des deux côtés, plus marqué à droite qu'à gauche, révélé aux lunettes de Frenzel. Étant donné les symptômes subjectifs et les résultats objectifs de cet examen, une exploration otoneurologique était indiquée. Les questions qui se posent sont celles des résultats otoneurologiques, du pronostic et du lien de causalité avec l'accident.

L'exploration otoneurologique révèle une hypofonction de l'appareil vestibulaire périphérique à gauche. Le nystagmus spontané de premier et deuxième degré vers la droite qui l'accompagne confirme la pertinence du diagnostic de vestibulopathie périphérique.

Les signes de troubles fonctionnels centraux sont frappants. On doit signaler ici tout particulièrement le mouvement fortement saccadé du regard avec courbe sinusoïdale et l'inhibition insuffisante du nystagmus par fixation du regard sur fauteuil tournant.

Les observations objectives décrites de vestibulopathie centrale et périphérique sont très probablement liées à l'accident. Une vestibulopathie périphérique isolée liée à la pathologie n'est pas présente d'après notre expérience. On ne peut donc expliquer

l'évolution de la maladie que par une combinaison de troubles fonctionnels périphériques et centraux. La latence du trouble de l'équilibre aigu apparaissant six mois après l'accident est certes longue ; néanmoins la lésion latente de la colonne cervicale peut expliquer tout naturellement ce temps de latence jusqu'à l'événement causal de position inclinée de la tête prolongée.

[...]

Examen vestibulaire

L'examen a été réalisé dans l'obscurité complète avec lunettes vidéo infrarouge. Nystagmus spontané vers la gauche de premier ou second degré. Aux autres examens, ce nystagmus spontané n'est plus visible; il est à peine accentué après provocation par secousses de la tête. L'examen positionnel en position assise montre en partie le nystagmus spontané. L'examen positionnel en position couchée et les positionnements avec tête pendante sont normaux. Le test des saccades avec une période et une amplitude fixes et avec séquence aléatoire montre une légère hypométrie. Le mouvement de suivi du regard est fortement saccadé et suit une courbe sinusoïdale. L'optocinétique est normale du point de vue de l'écriture et du gain. Sur la chaise tournante, des nystagmus perrotatoires prompts peuvent être déclenchés. La fixation du regard ne permet pas d'inhiber suffisamment les nystagmus. Pas de prépondérance. Le test de nystagmus cervical sur chaise tournante ne montre aucun nystagmus. Le test calorique indique une hypofonction non significative de l'appareil vestibulaire périphérique à gauche. Pas de prépondérance notable. De ce point de vue, la lésion devenue détectable entre-temps à l'IRM fonctionnelle de la colonne cervicale est une observation importante. On constate en effet objectivement des lésions ligamentaires, et ce sont de fait ces lésions des ligaments de la colonne cervicale qui expliquent la relation physiopathologique entre l'accident et la vestibulopathie périphérique et centrale. Les déficits otoneurologiques détectés permettent le classement de la distorsion de la colonne cervicale en classe 3.

D'après notre expérience, on peut qualifier de typique les limitations des activités professionnelles décrites par le patient. On ne doit à l'heure actuelle pas tabler sur une amélioration rapide des capacités de travail."

Dans un rapport du 6 juin 2008, la Dresse V._____ a mentionné ce qui suit :

"1.Le diagnosti[c] : Whiplash syndrome.

Whiplash associated disorder STADE III

Syndrome myofascial régional cervical et dorsal.

TMD syndrome.

Vestibulopathie périphérique gauche

Vestibulopathie centrale, liée à l'accident du 3.3.2007, avec une commotion cérébrale, la distorsion de la colonne cervicale et le syndrome myofascial. (Dr P._____, l'examen du 24.04.2008 au 16.05.2008.)

IRMF démontre la lésion de la membrane atlanto-occipitale postérieure de grade I selon Krakenes. Altération partielle du signal du ligament alaire droit pr[è]s de la racine, lésion de grade I à II selon Krakenes.

Les lésions détectables à l'IRMF expliquent la relation physiopathologique entre l'accident et la vestibulopathie périphérique et centrale. Les déficits otoneurologiques détectés permettent le classement de la distorsion de la colonne cervicale en classe III.

Selon [le] Dr P._____ (spécialiste de otoneurologie) [sic] on peut qualifier de typique les limitations des activités professionnelles décrites par le patient. On ne doit à l'heure actuelle pas tabler sur une amélioration rapide des capacités de travail.

Voir ce qui précéder, il serait souhaitable que M. A.T._____ puisse profiter d'un temps calme pour suivre le traitements intensif. Chaque situation stressante remet en question les résultats du traitement. (Voir la pathophysiologie du Whiplash, les changements neuroplastiques dans la moelle épinière et le cerveau."

Dans un rapport du 11 août 2008, le Dr U._____, radiologue, a conclu que l'IRM cervicale effectuée le jour même montrait un status identique à celui du 6 décembre 2007.

Aux termes d'un rapport du 22 septembre 2008, le Dr W._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué notamment ce qui suit selon la traduction française versée au dossier par l'assuré :

"Diagnostic :

- Etat après traumatisme de distorsion du rachis cervical du 03.03.07
- Vestibulopathie périphérique droite
- Douleurs cervico-thoraciques myofaciales
- Discopathie cervicale C4/5 avec sténose paramédiane droite avec conflit possible C5

[...]

Conclusion et procédure :

Monsieur A.T._____ présente une symptomatique douloureuse persistante dans la région cervicale suite à une chute et un traumatisme de distorsion du rachis cervical en mars 2007. De plus, un examen précis montre une vestibulopathie périphérique gauche, ce qui a certainement eu aussi un effet néfaste sur le tableau

évolutif. Le patient souffre actuellement de douleurs cervicales en fonction des mouvements, avec des paresthésies dans les deux mains dont la corrélation n'est pas évidente. Les douleurs cervicales peuvent peut-être être mises en relation avec une pathologie monosegmentale C4/5 avec aussi un début de sténose foraminale uncovertébrale du côté droit. Compte tenu de la chronicité des symptômes, je recommande des infiltrations ciblées des facettes des deux côtés au niveau C4/5, ainsi qu'une infiltration périradiculaire à droite au niveau C5. Monsieur A.T._____ souhaite que cette infiltration soit faite chez nous. Je vais donc prier aimablement nos neurologues de l'effectuer relativement rapidement. Ensuite, Monsieur A.T._____ nous entretiendra de l'évolution. La suite de la procédure sera discutée. A l'heure actuelle, il faut en outre effectuer des massages d'assouplissement au niveau cervical."

Le 20 octobre 2008, ce praticien a indiqué ce qui suit :

"L'infiltration que nous avons réalisée au niveau des facettes C4/5 et au niveau périradiculaire C5 gauche n'a eu absolument aucun effet sur les symptômes. Compte tenu de l'absence de réaction à cette infiltration avec une IRM par ailleurs discrète de la colonne cervicale, je ne peux pas proposer d'autres infiltrations, ni par conséquent d'opération neurochirurgicale. Les symptômes ne sont pas clairement explicables par la discopathie modérée révélée par l'IRM, et le pronostic concernant une opération n'est donc pas prévisible. Je regrette de ne pas pouvoir vous donner plus d'informations."

Le Dr U._____ a adressé au Dr S._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, un rapport du 31 octobre 2008 qui mentionnait notamment ce qui suit :

"L'examen démontre une nette diminution de l'amplitude lors des flexions (ceci pour des raisons d'algie) et extension ainsi que lors des inclinaisons latérales. Il n'y a pas d'instabilité visible. Pas de lésion post-traumatique décelable. Pincement discal C4-C5. Facettes articulaires sans particularité."

Une expertise pluridisciplinaire a été effectuée par les Drs S._____, X._____, spécialiste en psychiatrie, Q._____, spécialiste en neurologie, et G._____, spécialiste en otoneurologie, de la Clinique B._____. Les experts ont examiné l'assuré au cours du mois d'octobre 2008 comme cela résulte en particulier des lettres des 14 et 23 octobre 2008 de celui-ci. Il ressort du rapport d'expertise du 13 janvier 2009 notamment ce qui suit :

"4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale lors d'une chute à ski le 3 mars 2007.
- Cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents ?

- Trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque, anankastique et narcissique (depuis l'âge adulte) (F61.0).
- Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (depuis juillet 2007) (F68.0).

DISCUSSION ET EVALUATION PLURIDISCIPLINAIRE

Suite à leurs examens cliniques respectifs, les experts mandatés, le Docteur X. _____ (psychiatrie et psychothérapie), le Docteur S. _____ (chirurgie orthopédique), le Docteur Q. _____ (neurologie) et le Docteur G. _____ (otoneurologie) se sont réunis pour une discussion pluridisciplinaire.

Nous sommes en présence d'un assuré de 51 ans qui a été victime d'une chute à ski le 3 mars 2007 avec un probable traumatisme crânien mineur et des douleurs cervicales. Aucune fracture ne sera mise en évidence. L'évolution sera rapidement défavorable avec persistance des cervicalgies qui vont s'étendre à toute la ceinture scapulaire, aux deux membres supérieurs et au rachis dorsal. Cette symptomatologie va s'associer à une limitation de la mobilité du rachis cervical, à l'apparition de fourmillements dans les mains et secondairement à des sensations vertigineuses décrites comme « ...des absences ». Monsieur A.T. _____ va bénéficier par la suite de multiples investigations et prises en charges médicales, sans amélioration significative des plaintes. Il n'a toujours pas repris d'activité professionnelle.

Dans le cadre d'un conflit asséculoologique, une expertise pluridisciplinaire est mandatée.

L'examen clinique orthopédique met en évidence une importante limitation de la mobilité de la colonne cervicale et une hypersensibilité de toute la musculature de la colonne cervicale, des épaules, des trapèzes et de la musculature paravertébrale dorsale jusqu'au niveau de L2, sans contracture musculaire ni amyotrophie. L'examen des articulations périphériques est sans particularité. Le bilan radiologique montre des troubles dégénératifs et une discopathie C4-C5 qui sont manifestement antérieurs à l'accident, mais qui ont pu être décompensés transitoirement par la chute à ski. Toutefois, le *statu quo sine* est considéré comme normalement atteint douze à dix-huit mois après l'accident. A noter enfin que seul le diagnostic de distorsion cervicale par choc direct est retenu en l'absence de phénomène d'accélération-décélération, ce qui permet d'écartier un *whiplash syndrome*.

Au niveau neurologique, on confirme l'existence d'une trophicité musculaire normale, sans véritable déficit moteur, sensitif ou réflexe. Les paresthésies mentionnées ne semblent pas

correspondre à un substrat organique bien clair. Il n'y a pas de signe d'atteinte des voies longues ni d'autre anomalie décelable. On retrouve un petit *nystagmus* épuisable, considéré comme physiologique. Les plaintes de l'assuré concernant ses sensations « ...*vertigineuses* » n'ont pas d'explication neurologique.

Un examen otoneurologique a donc été pratiqué. Le bilan ne révèle pas de *nystagmus* pathologique et ne retrouve aucun argument en faveur d'un trouble vestibulaire périphérique. Le seul élément observé est une diminution du réflexe vestibulo-collique gauche lors de l'examen des potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMPS) pouvant correspondre éventuellement à une lésion des voies efférentes suite à un traumatisme séquellaire de la charnière crano-cervicale. Cependant, il s'agit d'un problème bénin découvert fortuitement par des investigations spécialisées et qui n'explique pas les plaintes de l'assuré.

Sur le plan psychiatrique, il n'y a pas de pathologie dépressive ou anxieuse. Par contre, il existe un trouble de la personnalité mixte avec une composante paranoïaque, anankastique et narcissique. Une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (névrose de compensation) est fortement suspectée. Un syndrome de MUNCHHAUSEN n'est pas complètement exclu. Cet examen a été complété par un MMPI-2 qui est tout à fait éloquent sur les mécanismes possibles développés par l'assuré dans la situation présente."

Les experts ont en outre exposé que les cervico-dorsalgies chroniques ne représentaient qu'un rapport de causalité possible avec l'accident du 3 mars 2007 en raison de l'existence d'une cervicarthrose antérieure à cet accident et de la suspicion de majoration des plaintes, du reste confirmée par l'expertise psychiatrique. Sur les plans neurologique et otoneurologique, ils ont estimé qu'il n'y avait pas de substrat organique véritablement démontré aux plaintes émises par l'assuré. Au niveau psychiatrique, les troubles de la personnalité n'étaient pas en rapport avec l'accident de mars 2007, mais remontaient probablement au jeune âge adulte, la majoration étant bien secondaire à l'accident, mais n'étant pas une maladie. Toujours selon les experts, les facteurs étrangers influençant le cours de la guérison étaient liés d'une part à la présence de troubles dégénératifs préexistants, mais surtout à la recherche de bénéfices secondaires sous forme d'une compensation financière aux suites de l'accident. Ils ont estimé que l'on pouvait évoquer dans ce cadre le diagnostic de névrose de rente. En outre, les troubles de la personnalité amplifiaient la majoration des symptômes, l'assuré adoptant une attitude histrionique avec recherche de l'attention d'autrui et présentant une

tendance à se poser en victime et à adopter une attitude revendicatrice et quérulente. A cela s'ajoutaient enfin des préoccupations hypocondriaques marquées. Concernant le statu quo sine, les experts ont relevé qu'il n'y avait pas d'affection sur les plans neurologique et otoneurologique. Quant aux troubles psychiques, ils n'étaient pas liés à l'accident. S'agissant des cervico-dorsalgies chroniques, les experts ont retenu que l'on pouvait accepter une éventuelle décompensation douloureuse de l'état arthrosique antérieur, mais que normalement le statu quo sine aurait dû être atteint au plus tard douze à dix-huit mois après l'accident, le lien de causalité naturelle avec l'accident n'étant donc plus établi au moment de l'expertise. Ils ont ajouté que la persistance des plaintes suggérait une chronicisation des douleurs.

Les experts ont considéré l'état de santé comme médicalement stabilisé, la chronicisation des douleurs et la limitation de la mobilité du rachis cervical s'expliquant très vraisemblablement par des causes non organiques (irritation locale entretenue par des infiltrations itératives des trigger points, majoration des plaintes et problème de collaboration du patient en vue d'obtenir des bénéfices secondaires, aggravation inconsciente dans un contexte de troubles de la personnalité marqués, possible syndrome de Münchhausen).

Ils ont en outre indiqué ce qui suit :

"7. QUELLE EST LA CAPACITE DE TRAVAIL ACTUELLE (QU'ELLE SOIT CONSECUTIVE A L'ACCIDENT DU 3 MARS 2007 OU QU'ELLE RELEVE DE PROBLEMES MALADIFS) ?

Au niveau somatique, sur la base uniquement des constatations objectives réellement démontrées, on ne retient aucune incapacité de travail dans une activité légère, sans port de charges lourdes au-delà de 15kg, permettant d'alterner les positions, évitant les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules.

Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune incapacité de travail, en l'absence de diagnostic réellement incapacitant.

[...]

Dans quelle mesure peut-on exiger de Monsieur A.T. _____ qu'il exerce une autre activité professionnelle et quelles caractéristiques doit-elle avoir compte tenu de l'atteinte à sa

santé (position assise et/ou debout, exclusion de certaines postures, limitation ou exclusion de certains gestes ou efforts, etc.). A quel taux pourrait-il travailler dans une telle activité ?

Comme discuté à la question 7, une capacité de travail de 100% sans diminution de rendement serait exigible dans toute activité adaptée en rapport avec les compétences de l'assuré et qui permet d'éviter les ports de charges lourdes au-delà de 15kg, les travaux pénibles de manutention, les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. D'autre part, un travail favorisant une alternance régulière des positions est recommandé."

Par décision du 20 janvier 2009, la ZZ. _____ a mis fin à ses prestations au 31 janvier 2009.

Dans un avis médical du 12 février 2009, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a exposé ce qui suit :

"Assuré adjoint de direction, ancien skieur de compétition, qui a fait une violente chute à ski le 3.3.2007, avec perte de connaissance et développement d'une symptomatologie de coup du lapin. Il a repris le travail en juin 2007, au maximum à 50%, mais a dû s'interrompre complètement depuis le 30.11.2007. Il a été licencié le 31.8.2008.

De multiples investigations ont été faites chez plusieurs spécialistes (neurologue, neurochirurgiens, oto-neurologue) qui concluent à des lésions ligamentaires de la jonction cervico-occipitale objectivées par IRM et à une discarthrose C4-5. Une intervention neurochirurgicale a été envisagée dans un premier temps, mais réfutée secondairement par le neurochirurgien après l'échec d'infiltrations ciblées.

Suite à un litige avec l'assurance perte de gain, une expertise pluridisciplinaire a été réalisée par la clinique B. _____. Ce document de 104 pages analyse de façon exhaustive toutes les pièces du dossier médical et asséculoologique. L'anamnèse est fidèlement retranscrite ; ses variations au cours du temps et selon les examinateurs sont rapportées et analysées. Les plaintes de l'assuré ont été entendues. Il a été consciencieusement examiné par les spécialistes de plusieurs disciplines et soumis à des tests psychométriques.

Au terme de cet imposant travail, les experts retiennent un *status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale, cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs, trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque, anankastique et narcissique, majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques.*

Ils se prononcent clairement en faveur d'une absence d'incapacité de travail aussi bien pour des raisons somatiques que psychiatriques. L'atteinte ostéo-articulaire dégénérative impose des limitations fonctionnelles qui sont respectées dans l'ancienne activité de l'assuré. Il n'y a donc pas lieu de prévoir des mesures de reclassement professionnel. Ils estiment que l'état de santé de l'assuré était stabilisé 10 mois après le traumatisme. Il est donc légitime de dire que l'incapacité de travail, quelle qu'elle soit, a pris fin au plus tard le 3.1.2008.

Cette expertise est médicalement probante. Nous n'avons pas de raison de nous écarter de ses conclusions."

Dans le cadre de son opposition à l'encontre de la décision de la ZZ. _____ du 20 janvier 2009, l'assuré a produit :

- une lettre du 15 février 2009 de la Dresse V. _____ dont la teneur est notamment la suivante :

"Voici les remarques et appréciations concernant l'expertise faite par la Clinique B. _____.

Voici mes remarques :

Page 48/104.

Les plaintes de Monsieur A.T. _____ sont correctement décrites.

Page 49/104

Monsieur A.T. _____ déclare tirer un bénéfice de Trigger Points Therapy. Ceci est juste, c'est pour cette raison qu'il ne prend qu'occasionnellement son traitement antalgique. Professeur BB. _____ n'a pas réalisé plusieurs infiltrations, mais seulement deux, et ceci dans le but diagnostique n'est pas thérapeutique.

L'auteur conteste les travaux de Krakenes, sauf toutefois de citer les travaux scientifiques et à l'appui de cette affirmation.

Page 50/104

Docteur M. _____ explique l'évolution défavorable par une décompensation psychique, sans toutefois mentionner un examen psychologique effectué.

Expertise de l'appareil locomoteur.

Page 58/104

Points de fibromyalgie (Trigger Points) L'auteur confond les Trigger points avec les Tender Points. Les Tender Points font partie d'une fibromyalgie selon la désignation de American College des Rheumatologists, et ainsi c'est enregistré à l'OMS Organisation Mondiale de la Santé. Or les Trigger Points sont décrits dans le syndrome myofascial. Les Trigger Points diff[è]rent totalement des Tender Points du point de vue pathophysiologique. Le Trigger Point est l'endroit précis dans le muscle, il est témoin d'une activité altérée d'une jonction neuromusculaire (acetylcholin) il est aussi source d'une sécrétion continue de neuro transmitter de la douleur. Ces substances actives de nocicepteurs dans le muscle. (Simons DG.1909 ; Hubbard.DR.1903 ; Hong.CZ.1908).

Page 59/104

L'auteur de l'expertise utilise pour expliquer la pathologie de douleurs chroniques de Monsieur A.T. _____ par la méthodologie des signes de Wadell modifié. Wadell, la première fois a publié les travaux en 1980, donc il y a exactement 29 ans. Depuis innombrables travaux ont été publiés à ce sujet. Plusieurs points : je vais mentionner ceux de Fishbain, (Pain 2003 décembre, Pain 2003 Juin)

This is a structured, evidence/Based review of all available studies addressing the concept of no organic findings : Wadell signs.

1 - WSSs. do not correlate with psychological distress.

2 - WSSs do not Discriminate organic from no organic problems.

3 - WSSs may represent non organic phenomenon.

4 - WSSs are associated with poor treatment outcome.

5 - WSSs are associated with greater pain levels.

7 - As a Group WSSs studies demonstrate some methodological problems. [sic]

Une méthodologie selon Wadell ne peut pas être utilisée dans le cas de Whiplash syndrome.

Page 69/104

Bien que le syndrome Whiplash a été décrit déjà pendant la 2^{ème} guerre mondiale, il y a exactement 64 ans, de nombreux travaux ont été publiés depuis (Sptizer.Wo.1905 ; Pearson.AM 2004 ; Teasel.LB.2002 ; De Leo.JA.2002 ; Bennett.GJ.2000 ; Rodriguez.A.2004)[.] Ces travaux mettent en évidence la neurophysiologie de la transmission de la douleur, NMDA récepteur. Whiplash syndrome est divisé en quatre stades selon la sévérité des symptômes - stade 3, symptomatologie accompagnée de troubles sensoriels, Weakness, decreased, deep, tendon reflexe, sensory deficits. [sic]) Le cas de Monsieur A.T. _____ est bien le stade 3.

Quebec Task Force Classification system utilise 2^{ème} classification de 1 à 5, basée selon le temps calculé depuis l'accident. Le cas de Monsieur A.T. _____ est le stade 5.

Page 70/104

« L'expert décrit la symptomatologie hybride » plus compatible avec un traumatisme crânien. Pense-t-il à CRPS?

« La symptomatologie hybride » est bien décrite en cas de Whiplash Syndrome (Murray.CJ 1907 ; Lovell.ME 2002 ; Scott.D 2005).

En effet, plusieurs travaux scientifiques (Kumar.S 2003 ; Sshulel .L 2000 ; Sterling.M. 2005 ; JullGA.2000) démontrent que 80 % des personnes après Whiplash souffrent de douleurs musculaires, et de la dysfonction musculaire. La douleur persistante après Whiplash est due au « Wind Up » neurone situé dans le horn postérieur de la moelle épinière et une activation des N-methyl-D-aspartate récepteurs. Ces phénomènes sont responsables de central sensitization elles sont caractérisées par allodynie et hyperest[h]ésie. Whiplash peut être considéré comme Dysfunctional pain disorder (Lidbec.J.2002 ; Dommerhold.J.2005 ; Sveneson.P. 2001 ; Sterling. M.2003)

Page 71/104

L'auteur de l'expertise affirme que l'infiltration des Trigger Points malgré l'amélioration signalée précédemment ont un effet irritatif au niveau local et entretient, voire péjore l'incitation par quel mécanisme?

Pour émettre une telle affirmation, l'auteur doit présenter les travaux scientifiques qui expliquent et confirment la dite affirmation.

Page 58/104

L'auteur de l'expertise confond les Trigger Points avec Tender Points et parle même d'une f[i]bromyalgie avec un syndrome myofascial.

Les études récentes ont établ[i] que central sensitization dépend de notre sensitive Input continu (Herrent.Gerber.R. 2004) Ce central sensitization a été confirmé avec Chronique Whiplash (Banic.B.2004 ; Curatoo.N.2004 ; Munglani.R.2000) Le Input périphérique peut être une articulation zygomphoseale (Lord.SM.1906) ou est myofascial Trigger Point. (Simons.G.2004 ; Gerwin.RD 1907 ; Ssiotti.VM.2001) Or, toutes persistances de Input continu perpétuent la douleur. Les Trigger Points sont la source d'une sécrétion continue de neurotransmitter (Shah.J.2005 ; Gerwin.ED.2002) Donc, le traitement par infiltration de Trigger Points est indiqué. (Herreh-Gerber.R.2004 ; Gerwin Dommerhold. 1908 ; Bakaer.BA. 1986 ; Quinter.JL. 1904).

L'auteur de l'expertise propose l'arrêt de cette thérapie pour une durée de minimum de 3 mois. L'auteur de l'expertise doit justifier de l'affirmation par les travaux scientifiques.

Page 72/104

Il n'y a rien d'étonnant que l'auteur de l'expertise soit surpris par le nombre de Trigger Points. Les Trigger Points ont une situation précise dans chaque muscle (Simons., Traweli, Gerwin 1908)

Page 73/104

Les douleurs chroniques sont expliquées par le central sensitization et spinal mécanisme NMDA récepteur. (Lewis.T.Abbott.SV 1997 ; Klotzenburg.M. 2000)

Page 74/104

Page 75/104

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

Les troubles sensitifs sont expliqués selon la neurobiologie de Wind iap Spinal, l'auteur de expertise affirme que la persistance des

symptômes au-delà de 18 mois sont d'humbles facteurs de mauvais pronostics. La durée des douleurs après Whiplash ne peut pas être un mauvais pronostic selon Gerwin et Dommerhold. 1909.

Appréciations du cas de Monsieur A.T. _____

Les plaintes et résultats des différents examens sont totalement explicables selon des récentes théories et les recherches scientifiques comme il est décrit dans les pages précédentes.

Page 101/104

6 - Les causes des raideurs musculaires re[lè]vent d'un syndrome myofascial. L'apparition des douleurs après accident est décrite. Dans le cas de Burn out la symptomatologie ne relève pas de syndrome myofascial. Je ne dispose pas pour l'instant de résultats de (Brain Screen) lesquels peuvent éventuellement relever de pathologie psychologique.

7 - Le syndrome myofascial peut avoir différentes causes, il est toujours présent dans le cas de Whiplash (Dommerhold ; Gerwin cités dans les pages précédentes)[.] Ils ne sont pas décrits dans la définition de la fibromyalgie, là, on parle de Tender Points, ceci par sa pathophysiologie diffère totalement de Trigger Points, comme il est expliqué dans les pages précédentes.

Ici l'auteur de l'expertise confond tout. Les Trigger Points avec Tender Points, les résultats de Central Sensitization et l'allodynie et hyperest[h]ésie qui en suit, lesquels sont parfaitement mesurables objectivement. En se basant sur les travaux récents scientifiques, on peut aisément comprendre les plaintes, les douleurs, les résultats des différents examens. Monsieur A.T. _____ souffre bien de Dysfunctional Pain disordr suite à Whisplash."

- une lettre du 16 février 2009 des Drs P. _____ et L. _____, dont il résulte ce qui suit selon la traduction (datée, quant à elle, du 13 février 2009) fournie par l'assuré :

"Nous pouvons répondre à vos questions.

Concernant votre question à propos de la page 23, nous avons clairement été mal cités. Nous ne sommes pas des médecins praticiens, mais un groupe spécialisé en otoneurologie qui s'occupe spécifiquement, dans notre centre d'étude des troubles de l'audition et de l'équilibre, des problèmes de labyrinthe et des nombreux cas de vertiges post-traumatiques. Dans notre rapport, nous n'écrivons pas "vraisemblable", mais nous estimons que l'origine accidentelle a une "très grand[e] probabilité".

Nous avons de toute évidence été mal cités.

Concernant la deuxième question, la nomenclature de la modification post-traumatique de la colonne vertébrale cervicale n'est pas unifiée, et nous utilisons couramment les expressions "whiplash injury", "traumatisme d'accélération/décélération de la colonne vertébrale cervicale" et "traumatisme de distorsion de la colonne vertébrale cervicale" comme des synonymes.

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

une pratique normale pour la détection détaillée des signes objectifs. Si nous constatons un nystagmus spontané de premier et deuxième degré et mesurons en même temps une insuffisance vestibulaire périphérique, ce signe est pathologique. Si le neurologue voit sous la lunette de Frenzel un "petit nystagmus épuisable" (page 92), ce signe n'est pas comparable avec les raffinements techniques d'un vidoénystagmogramme. On ne peut pas en déduire un manque de pertinence.

A la page 100, il est écrit qu'un nystagmus est physiologique; les nystagmus que nous avons mesurés ne sont de toute évidence pas physiologiques mais pathologiques. Le diagnostic différentiel décrit de "vertiges positionnels bénins", "neurinome du nerf", "sclérose en plaques", "accident vasculaire cérébral" n'est pas vraisemblable. Il n'y a pas d'indices anamnésiques ni de signes qui indiquent un tel diagnostic différentiel.

Sur la base de notre expérience et des documents dont nous disposons, ainsi que des consultations d'avril et mai 2008, nous avons pu attribuer avec une vraisemblance convaincante les vertiges à l'accident.

L'examen otoneurologique de l'automne 2008 (14.10.2008) a montré une normalisation des signes.

On peut en conclure qu'une amélioration substantielle s'est produite au cours des 6 mois séparant le premier du deuxième examen. Nous interprétons cette amélioration comme une normalisation du trouble fonctionnel vestibulaire et une compensation centrale du déficit périphérique. Cette évolution est typique d'un trouble fonctionnel vestibulaire.

Si, au cours de l'évolution clinique, le patient a été débarrassé des troubles de l'équilibre et que la vidéonystagmographie s'est stabilisée, le cas peut être considéré comme soigné.

Mais si des symptômes résiduels de troubles de l'équilibre persistent encore dans la vie quotidienne, ils peuvent être considérés comme vraisemblablement d'origine accidentelle."

- une lettre du 16 février 2009 du Dr J._____, dont il résulte ce qui suit selon la traduction transmise par l'assuré :

"J'ai minutieusement examiné le rapport d'expertise et l'ai comparé avec l'historique du malade en ma possession. Vous connaissez parfaitement mes rapports. Mes réponses à vos questions sont les suivantes :

- **Mon rapport du 27.03.2008 est évoqué à la page 22 du rapport d'expertise** : les citations ne font pas référence à mon jugement (avec commotion cérébrale avec brève perte de conscience et amnésie, et aussi avec mouvement réflexe de la tête et du rachis cervical avec équivalent de distorsion du rachis cervical avec développement consécutif d'un syndrome cervical avec symptomatologie neurovégétative et surtout avec symptomatologie

myofasciale massive). Il en ressort notamment que j'ai supposé un équivalent de distorsion du rachis cervical du fait du violent mouvement de compensation réflexe avec torsion du corps avant la chute. Nous ne savons pas précisément ce qui s'est passé d'autre lors de la chute, mais elle a provoqué un choc violent de la tête et une commotion cérébrale. Vraisemblablement, le rachis cervical a de plus été traumatisé directement.

- Page 25 : brochure de septembre 2008 [...], performance du patient en matière de ski, rapport du 22.09.2008 du Dr. W. _____, du service de neurochirurgie de la [...] :

Le changement de nom de l'Institut NN. _____ [...] est vraisemblablement lié au jugement de février 2008 du Tribunal fédéral. Pour autant que je sache, cet institut effectue naturellement toujours des examens du rachis cervical (outre d'autres examens fonctionnels de l'appareil moteur).

L'activité du patient comme skieur de haut niveau n'est pas venue dans la conversation lors de l'examen chez moi (peut-être pour des raisons de temps).

Le rapport du Prof. W. _____ vise au traitement avec des infiltrations des facettes articulaires C4/C5 où réside une légère ostéochondrose.

- Radiographies à partir de la page 60 : comme je l'ai également écrit, il y a un léger rétrécissement de l'espace intervertébral C4/C5; sinon, la hauteur et la configuration du corps vertébral et des espaces intervertébraux sont normales, pas de signes sur les spondyloses. Naturellement, on ne peut pas tirer de ces clichés la conclusion qu'il n'y a pas une cervicalgie violente. Il y a un étirement du rachis cervical jusqu'à la perte de la lordose cervicale (il n'y a pas de lordose cervicale, comme l'écrit l'expert). Les "modifications dégénératives" décrites sont en parfait accord avec l'âge, et très courantes sans avoir valeur de maladie. La description de la radio transbuccale montre une articulation atlanto-axiale avec des marges normales et une position axiale centrée, comme l'a bien décrit l'expert. La description de l'IRM du 06.12.2007 reproduit la discopathie C4/C5 avec une petite protrusion discrète non compressive. A cet égard, il faut dire que la photocopie de ce cliché montre l'étirement du rachis cervical; la lordose cervico-thoracique est visible; la coupe sagittale sélectionnée n'est pas très centrée car la moelle épinière n'apparaît pas sur toute sa longueur. Les mêmes faits apparaissent sur les IRM du 10.08.2008.

L'IRM du rachis lombaire du 08.12.2007 montre de petites protrusions des disques vertébraux L5/S1 et L4/L5 sans effet compressif.

Les clichés du 31.10.2008 avec la tête inclinée latéralement à gauche et à droite montrent l'immobilité vers la droite de C2 à C7 en position inclinée à gauche, il y a une très discrète scoliosation en C4. Les clichés du rachis cervical avec inclinaison et réclinaison de la page 68 montrent selon moi une posture pratiquement rigide, et surtout un blocage de C1 et C2 : la distance de l'arc postérieur de l'atlas au crâne et à l'apophyse épineuse de C2 reste inchangée. Le mouvement d'inclinaison a vraisemblablement lieu dans la région centrale du rachis cervical (accroissement discret de la distance interspinosale).

(Remarque : la réalisation de ces clichés exige non seulement la coopération du patient, mais aussi une bonne exécution technique de la part de l'assistante de radiologie).

- **Page 69 : commentaires sur le syndrome de whiplash** : ce syndrome a été décrit, non après la 2^e Guerre Mondiale, mais après la 1^e Guerre Mondiale; premiers rapports par Crowe en 1928, puis par Davis en 1945; ceci n'est qu'une remarque en passant. Il est exact qu'il s'agit d'un traumatisme d'accélération ou indirect, sans fracture. Les éléments touchés sont les ligaments, les muscles et les capsules articulaires, les parties molles en général. Les classifications de la Quebec Task Force sont bien représentées. Rappelons-nous que le patient a subi un mécanisme de chute complexe, comme je l'ai indiqué précédemment.

- **La discussion du *status quo sine* à la page 70 se rapport[e] aux radiographies et non à la clinique.** Le patient a selon moi toujours présenté les mêmes symptômes radiologiques, avec une ostéochondrose discrète très saillante en C4/C5, vraisemblablement sans signification clinique.

La discussion sur les IRM fonctionnel[le]s se rapporte à un jugement du Tribunal fédéral, ainsi qu'aux travaux de Krakenes sur les lésions du ligament alaire. Je souhaite laisser cette discussion ouverte car ce chapitre n'est pas clos du point de vue scientifique.

- **A la page 72, les experts confirment** la symptomatique clinique, en accord avec les mesures de la mobilité du rachis cervical par différents observateurs (sauf le Pr. W._____). L'interprétation faisant allusion à la décompensation d'arthrose cervicale saillante ne peut pas être suivie; il s'agit d'une symptomatique myofasciale massive qui n'aurait jamais pu être produite par une telle ostéochondrose discrète en C4/C5.

Concernant les points de pression (trigger points), je les ai aussi constatés lors de mon examen du 20.03.2008, et je les ai également décrits dans mon diagnostic (musculature de la nuque et des épaules, occipital et suboccipital des deux côtés, apophyses épineuses de la colonne vertébrale cervicale, trapèze et levator scapulae et apophyses épineuses jusqu'au milieu du rachis thoracique). De tels symptômes ne sont pas inhabituels en cas de symptomatique myofasciale marquée dans cette région.

Concernant le diagnostic psychiatrique, je ne peux pas me prononcer en tant que neurologue. Je suis cependant surpris par le jugement du psychiatre.

Mon impression :

Il est étonnant que dans ce rapport de 104 pages établi par quatre experts, les causes liées en fin de compte à de banales modifications (saillantes) dites dégénératives du rachis cervical correspondant à l'âge, à savoir une ostéochondrose discrète en C4/C5 avec une petite protrusion non compressive, soient rejetées, alors que l'existence de la symptomatique cervico-céphalique est parfaitement établie et non contestée. Cette argumentation contre les causes n'est pas compréhensible, ni compatible avec le rapport d'expertise, lequel est par ailleurs exhaustif et structuré de manière systématique. Un *status quo sine* ou *quo ante* se rapporte dans le jugement des experts uniquement aux modifications dégénératives inchangées et non pertinentes du rachis cervical, mais en aucun cas à la symptomatique clinique, laquelle est restée constante,

notamment avec une réduction de la mobilité du rachis cervical, comme il a été établi de manière unanime par plusieurs observateurs. Cette symptomatique est également prise en compte dans l'évaluation de la capacité de travail par les experts, avec les limitations mentionnées, celles-ci étant réelles et considérées comme handicapantes, et impliquant en conséquence une atteinte à l'intégrité au stade final. En cas de chute, le mécanisme précis est beaucoup plus difficile à reconstituer – compte tenu du "whiplash" – que p. ex. en cas de collision en voiture. Il existe cependant des équivalents du whiplash. Très certainement, et de l'avis général, le patient a subi une commotion cérébrale/un MTBI [réd. traumatisme cérébral bénin] et un traumatisme du rachis cervical avec le "tableau clinique type pour l'EVG" [réd. Tribunal fédéral], ce qui n'a toutefois pas été demandé dans le catalogue des questions, ni n'a pas été demandé non plus si les souffrances actuelles auraient également vraisemblablement eu lieu avec la même qualité, la même quantité et au même moment **sans l'accident**.

Par son jugement de février 2008, l'EVG a réduit et relativisé la valeur de l'IRMF, de sorte qu'à cet égard, les aspects médico-légaux devront dans l'avenir être pris en compte dans ce sens. La conséquence au niveau de l'expertise est que de tels examens pourraient certes contribuer à comprendre un cas, mais ne devraient pas être utilisés seuls pour en évaluer les causes.

Le psychiatre trouve une névrose de convoitise. A cet égard, selon moi, et sans prétendre émettre un avis au-delà de ma discipline, il faut indiquer que le conflit entre le patient et l'assurance bat actuellement son plein (on parle de plus de 12000 rapports d'expertise par an pour l'UVG !?). Cela est dû à la complexité du système médico-légal avec l'UVG, et à l'heure actuelle, un patient profane ne s'en sort pas sans avocat. Souvent, l'existence du patient est en jeu. Cette confrontation, qui peut durer des années, est très lourde psychologiquement, et peut aussi produire des troubles psychocréatifs "iatrogènes". Dans cette situation, la distinction nette entre la persévérance et la convoitise peut être estompée."

Le 19 février 2009, le Service de l'emploi a rendu une décision d'inaptitude au placement.

Par décision sur opposition rendue le 23 avril 2009, la ZZ._____ a confirmé la décision du 20 janvier 2009 mettant fin à ses prestations au 31 janvier 2009. Se fondant sur l'expertise de la Clinique B._____, elle a considéré qu'il n'y avait pas de rapport de causalité naturelle suffisamment démontré entre les troubles présentés par l'assuré et l'accident du 3 mars 2007 et qu'elle avait dès lors mis fin à juste titre à ses prestations au 31 janvier 2009. Cette décision a fait l'objet d'un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (AA [...]).

Par décision rendue le 5 juin 2009, confirmant un projet de décision du 16 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de rente notamment pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

- Selon les renseignements en notre possession, vous avez travaillé en qualité de responsable des achats et de la gestion des créanciers ainsi que du stock chez S._____ SA jusqu'au 31 août 2008.
- En date du 3 mars 2007, vous avez été victime d'un accident.
- Du point de vue médical, votre dossier a fait l'objet d'un examen approfondi par le Service médical régional.
- Au vu de ce qui précède, nous constatons que vous présentez une capacité de travail raisonnablement exigible dans votre activité habituelle, ceci depuis le 3 janvier 2008. En effet, en lien avec les séquelles de votre accident, vous présentez certaines limitations fonctionnelles mais qui ne vous empêchent toutefois pas de reprendre votre activité habituelle à 100% et cela depuis le mois de janvier 2008 au plus tôt."

B. Par acte du 8 juillet 2009, A.T._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de celle-ci et, principalement, à la constatation de son droit à des prestations de l'AI, selon précisions à donner en cours d'instance, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé, pour nouvelle instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants.

Se fondant en particulier sur les rapports des Drs V._____, P._____, L._____ et J._____, le recourant soutient en substance être gravement atteint et ne plus pouvoir travailler, étant victime de divers troubles neurologiques typiques du coup du lapin. Il prétend avoir subi lors de son accident des phénomènes d'accélération et décélération, son cas se compliquant d'un traumatisme crânien. Il allègue en outre que l'expertise de la Clinique B._____ comporte des incohérences, qu'elle est polluée par des considérations juridiques et des raisonnements fondés sur la documentation de présentation du Centre NN._____. Cela étant, il estime qu'une nouvelle expertise s'impose.

Il a produit un lot de pièces parmi lesquelles :

- une déclaration datée du 6 mars 2008 émanant de Y._____,
où l'on lit ce qui suit :

"Je soussigné Y._____, [...], avoir vu le 03.03.07 vers 15h00 lors de la sortie à skis de la commune de [...] à [...], l'intégralité de la lourde chute qu'a sub[ie] Monsieur A.T._____.

Il y avait du vent et des gonfles, Monsieur A.T._____ devait skier, c'est difficile à dire, peut-être vers 60/70km/h lorsqu'il a dû faire un virage sur la gauche extrêmement brusque pour éviter un snowboarder puis tout de suite Monsieur A.T._____ a tapé avec les skis dans une gonfle, il est parti en vole plané sur le dos de plusieurs mètres avant de taper la tête en premier lourdement à deux reprises successives en tout cas sur la neige verglacée puis il a fait plusieurs culbutes, glissé sur plusieurs mètres avant de s'immobiliser, il a pu, probablement perdre connaissance quelques longues minutes. Quand je suis arrivé vers lui sa tête était posée côté droite sur la pente, je lui ai dit : ça va, quelle morflée t'a pris, après quelques instants, après qu'il ait repris ses esprits je l'ai aidé à se relever, puis il a fait les quelques 300 mètres pour rejoindre le départ du funiculaire pour redescendre tout de suite à la station."

- un rapport de la Dresse V._____ du 12 mars 2008, dans lequel cette dernière pose les diagnostics de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II, syndrome myofacial régional cervical et dorsal et TMD syndrome, les éléments subjectifs étant de fortes douleurs dans la région dorsale et cervicale bilatérale, avec des blocages cervicaux, des vertiges, de la fatigue et de la difficulté à se concentrer et les éléments objectifs de nombreux Trigger points dans les muscles de la région cervicale et dorsale, ainsi que des allodynie et hyperesthésie dans la région cervicale et dans les deux bras. Elle ajoute que les analyses de laboratoire démontrent une augmentation des lymphocytes T8 et T4, et surtout le rapport inversé de T8, T4, ce qui prouve selon elle un dysfonctionnement des cytokines qui sont impliquées dans la transmission de la douleur ;

- un rapport du 23 mars 2008 du physiothérapeute I._____ ;

- un rapport du 1^{er} avril 2008 de la physiothérapeute O._____ ;

- une lettre du 15 mai 2008 de l'employeur S. _____ SA résiliant le contrat de travail du recourant au 31 août 2008 au motif que son accident de ski avait nécessité la réorganisation complète du service administratif, de sorte qu'il n'y avait plus de poste de travail correspondant aux qualifications de l'intéressé pour le cas où il devrait retrouver une capacité de travail partielle ou totale ;

- le certificat de travail final établi le 10 novembre 2008 par S. _____ SA et dont la teneur est la suivante :

" **CERTIFICAT DE TRAVAIL**

Par la présente, nous certifions avoir eu comme collaborateur dans notre entreprise

Monsieur A.T. _____,
né le [...] 1957

ceci du 1^{er} mars 1996 au 31 août 2008, en tant qu'adjoint de la Direction.

Grâce à sa facilité d'adaptation, ainsi que sa précision dans le travail, il lui a été confié les fonctions ci-après:

- responsable des achats pour les volailles, foie gras, viandes et divers articles;
- gestion informatique et physique des stocks, ainsi que des achats;
- comptabilité des fournisseurs;
- contrôle de statistiques quotidiennes des achats, ventes, transports et importations, ainsi que le respect des marges des différents acheteurs pour l'ensemble des articles du catalogue;
- gestion des contingents fédéraux d'importation de viande;
- achat de devises « on line » (au moyen du logiciel e-forex, de la banque [...]);
- suivi des cours de changes.

M. A.T. _____ s'est montré un collaborateur efficace, loyal, très dévoué et apprécié, tant des fournisseurs que de l'ensemble du personnel.

Il est ponctuel, précis et méticuleux dans l'exécution des responsabilités qui lui sont confiées."

- un rapport du 5 janvier 2009 émanant de la Dresse V. _____, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Je vois régulièrement Monsieur A.T. _____ à ma consultation. Il souffre des douleurs chroniques depuis son accident de ski. Les douleurs sont dues à la constante activation des récepteurs NMDA dans la moelle épinière. Le traitement par le blocage de Trigger points a diminué la douleur. Pour accélérer le traitement des douleurs et avoir des résultats plus durables j'ai propos[é] l'utilisation de Botox. Ceci est largement utilisé dans le monde entier dans les pathologies identiques. Je peu[x] vous fournir, si vous le souhaitez la documentation sur le sujet. Monsieur A.T. _____ ne suit plus le traitement par le blocage de Trigger points depuis le 10.11.2008. Nous attendions la réponse d'assurance pour pouvoir utiliser le Botox. Cette attente est la cause de l'aggravation de la santé de M[.]A.T. _____. (Plus des douleurs et des vertiges.)"

- une décision rendue le 14 avril 2009 par le Centre social régional de [...], déniait le droit du recourant au revenu d'insertion.

Par réponse du 25 septembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il expose essentiellement que l'expertise de la Clinique B. _____ a valeur probante, que la majorité des rapports médicaux produits par le recourant ont été pris en compte dans le rapport d'expertise et que ces pièces ont été soumises au SMR, à l'avis duquel l'OAI déclare se rallier entièrement. Annexé à la réponse figure l'avis susdit du SMR, établi le 8 septembre 2009 par les Drs C. _____ et TT. _____, spécialiste en anesthésiologie, ayant notamment la teneur suivante :

"1. Courrier de La Dresse V. _____ au Dr F. _____ du 12.3.2008 : mentionne un Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II, un syndrome myofascial (sic) régional cervical et dorsal et un TMD syndrome. En français, il s'agit d'une entorse cervicale se manifestant par des douleurs cervicales et une diminution objective de la mobilité et la palpation de points douloureux dans la nuque (Québec Task Force grade 2). Le syndrome myofascial est intégré à la fibromyalgie. Il se caractérise par la présence de points gâchettes (trigger points) répartis inégalement dans l'ensemble du corps. Enfin le TMD syndrome est une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire généralement associée au syndrome myofascial. Ce document a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____.

2. Courrier de la Dresse V. _____ à la ZZ. _____ du 6.6.2008 : retient un whiplash syndrome Québec Task Force grade 3, avec vestibulopathie périphérique et centrale post-traumatique. Une IRM fonctionnelle aurait démontré des lésions ligamentaires cervicales expliquant les troubles vestibulaires.

3. Courrier de la Dresse V. _____ à Olivier Carré du 5.1.2009 : fait état d'un traitement de « blocage de Trigger points » interrompu en novembre 2008 quand bien même il améliorait les douleurs. L'aggravation de l'état de santé de l'assuré est attribuée à l'attente d'une réponse de l'assurance accident concernant la prise en charge d'un traitement à la toxine botulinique.

4. Rapport du Prof R. _____, neurochirurgien, à la Dresse V. _____ du 19.12.2007 : le Prof R. _____ relève un discret syndrome cervical, sans nystagmus, ainsi que des discopathies mineures C5-6 et moindres encore en C4-5 et C6-7. Il n'y a pas de diagnostic neurochirurgical. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____.

5. Rapport du Dr D. _____, radiologue, à la Dresse V. _____ du 20.3.2008 : après une IRM fonctionnelle, il est fait état d'un whiplash syndrome stade 2 selon la Québec Task Force, avec de discrètes lésions ligamentaires cervicales. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____.

6. Rapport du Dr J. _____, neurologue, à la Dresse V. _____ du 27.3.2008 : confirme une symptomatologie myofasciale cervico-occipitale et de la ceinture scapulaire et constate la présence d'un nystagmus nécessitant une exploration otoneurologique. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____.

7. Rapport du Dr P. _____ à la Dresse V. _____ non daté : retient les diagnostics de vestibulopathie périphérique gauche, vestibulopathie centrale vraisemblablement post-traumatiques. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____.

8. Rapport du Dr W. _____, neurochirurgien, à la Dresse V. _____ du 22.09.2008 : rappelle les diagnostics précédemment mentionnés et propose des infiltrations facettaires C4-5. Ce rapport a été pris en compte par les experts de la clinique B. _____.

9. Courrier du Dr P. _____ à Olivier Carré, du 13 février 2009 : ce courrier porte sur la question de causalité, qui n'est pas relevante dans la décision de l'Al. Au surplus, il est fait état d'une normalisation de l'examen de contrôle en octobre 2008.

10. Courrier du Dr J. _____ à Monsieur Olivier Carré, du 16 février 2009 : contient des remarques et précisions mineures sur l'expertise de la clinique B. _____. Le fait que le whiplash syndrome ait été décrit après la 1^{ère} guerre mondiale, et pas après la 2^{ème} n'est pas véritablement de nature à discréditer l'expertise en question. Le problème de la causalité est à nouveau abordé.

En résumé, il apparaît que

- Les documents 1,4,5,6,7 et 8 ont été pris en compte par les experts de la clinique B. _____. Ils n'apportent donc aucun élément nouveau.

- Le problème de la causalité, qui fait l'objet de la plupart des commentaires médicaux cités ci-dessus, n'est pas relevan[t] pour l'Al. Ce n'est en effet pas le diagnostic qui est invalidant, mais bien les limitations fonctionnelles objectives qu'il détermine.
- Aucun des documents médicaux cités ne s'exprime expressément sur la capacité de travail."

Par réplique du 11 novembre 2009, le recourant a maintenu les conclusions prises dans son mémoire de recours. Il a produit copie de la réplique déposée dans la procédure contre l'assureur-accidents, en se réservant d'en requérir la production intégrale. Dans cette écriture, le recourant a émis diverses critiques contre l'expertise de la Clinique B. _____ qui seront reprises autant que de besoin ci-dessous.

Dans sa duplique du 3 décembre 2009, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Le 28 décembre 2009, le recourant a produit diverses pièces, parmi lesquelles une écriture du 17 décembre 2009 adressée à la Cour de céans dans la procédure d'assurance-accidents. Aux termes de ce documents, l'intéressé soutient notamment que d'importants éléments somatiques ont été objectivés et n'ont pas été pris en compte, à savoir une lésion d'autres tissus et une atteinte du ligament occipito-atloïdien antérieur ainsi qu'une chondrose avancée en C4/5 avec signe de diminution de la stabilité, une sténose foraminale dans le même segment et un disque intervertébral largement collabé au même niveau.

Le recourant a également produit un rapport du 4 décembre 2009 du Dr CC. _____, radiologue à l'[...] à [...], selon lequel une IRM en position debout de la jonction cranio-cervicale et de la colonne cervicale a été effectuée le 2 décembre 2009. Ce rapport mentionne en outre ce qui suit :

"Résultat :

En position neutre, C0, C1 et C2 sont normales. Le ligament occipito-axoïdien et le ligament occipito-atloïdien antérieur présentent des contours lisses et une épaisseur normale. Sur le trajet du ligament occipito-atloïdien postérieur, on observe un soulèvement typique en

forme de tente (crête) croisant le complexe ligament-dure mère. Le ligament transverse de l'atlas et le ligament occipito-odontoïdien latéral renvoient un signal faible et leur calibre est normal. Le tissu graisseux entre l'apophyse odontoïde, le clivus et l'atlas (y compris le complexe qu'on nomme « dens-related complex » et la bourse séreuse des ligaments cruciforme - occipito-axoïdien) présentent un signal normal. Aucune modification de dégénérescence et aucun ostéophyte ne sont observés au niveau des surfaces articulaires, le cartilage est intact d'après l'évaluation que l'on peut en faire avec cette technique. Alignement régulier des segments C2-T4 en flexion. En extension, phénomène d'escalier renforcé dans le segment C4/5. Le disque intervertébral dans ce segment est largement collabé, l'anneau fibreux forme en extension depuis l'aspect dorsal une nette protubérance. En raison de l'uncarthrose associée, les deux foramens dans ce segment sont significativement rétrécis de la droite vers la gauche. Tous les autres disques sont normaux. Le canal rachidien entre C3 et C7 est relativement étroit, avec un diamètre AP de 12-13 mm, sans impact détectable sur la moelle épinière. Les parties molles visibles sur le cliché ne présentent aucune particularité.

Évaluation :

Lésion typique non modifiée du ligament occipito-atloïdien postérieur de grade 2 selon Krakenes. En outre, chondrose avancée en C4/5 avec signes de diminution de la stabilité. Sténose foraminale dans ce segment.

Enfin, nous souhaitons souligner que des artefacts de mouvement n'ont occasionnellement pas pu être évités lors des clichés fonctionnels sous sollicitation et dans les positions symptomatiques."

Dans sa détermination du 23 février 2010, l'intimé a maintenu ses conclusions.

Par écriture du 21 novembre 2011, le recourant s'est référé à un arrêt rendu le 30 août 2011 par le Tribunal fédéral (9C_510/2009), faisant valoir que cette jurisprudence n'était pas applicable à son cas dès lors qu'une atteinte organique avait été diagnostiquée par IRM fonctionnelle.

Par acte du 26 avril 2013, le recourant, se prévalant d'un rapport du 16 avril 2013 - qualifié d'expertise et produit en annexe - du Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a allégué souffrir d'une lésion organique encore plus grave que celle révélée par l'IRM fonctionnelle, soit une fracture cervicale qui n'avait pas été diagnostiquée antérieurement.

Il résulte du rapport précité du Dr A. _____ notamment ce qui suit :

"Le diagnostic de l'accident du 3 mars 2007 s'énonce ainsi :

Fracture de la facette articulaire gauche de la 2^{ème} vertèbre cervicale avec consolidation incomplète, persistance d'un fragment libre, et dégénérescence articulaire post-traumatique secondaire associée à une lésion traumatique du disque intervertébral situé entre les 2^{ème} et 3^{ème} vertèbres cervicales.

La réponse à la question posée est donc :

**La lésion du 3 mars 2007 est de nature traumatique.
Celle-ci entre, à mon sens de chirurgien orthopédiste et traumatologue, dans la définition de l'accident.**

Commentaires.

Il s'agit d'un diagnostic particulièrement difficile à poser.

Il est admis en effet que ce diagnostic de lésion facettaire n'est pas posé, dans le cadre des examens pratiqués aux services d'urgence, jusqu'à 60% des cas. Les examens par résonance magnétique du rachis cervical sont de moindre intérêt, même si celui pratiqué le 27 février 2013 montre des anomalies faisant fortement suspecter le diagnostic. Néanmoins, l'association du type de mécanisme traumatique, de la persistance des douleurs cervicales avec les contractures musculaires, les blocages et surtout les limitations des amplitudes articulaires en rotation du rachis cervical auraient pu bénéficier d'un examen par tomodensitométrie, peu invasif.

[...]

Statu quo sine, statu quo ante et statu quo sine ante

Dans le cas présent, il ne peut être question d'un statu quo, de quel type que ce soit. Il s'agit d'une fracture facettaire non guérie avec une lésion discale C2/C3 active qui a entraîné une aggravation post-traumatique des lésions préexistantes du rachis sous-jacent. Le problème médical né de l'accident du 3 mars 2007 n'est pas résolu et une surveillance des conséquences s'impose.

Amplification des symptômes

Il est noté dans l'expertise [de la Clinique B. _____] le diagnostic psychiatrique suivant « majoration des symptômes pour des raisons psychologiques (depuis juillet 2007) ».

N'étant pas psychiatre, je ne m'autorise pas à poser un quelconque diagnostic psychiatrique, ni à commenter le diagnostic de mon confrère.

Je me permets simplement de rappeler que J-A. Barré et Yong Choen Lieou, au début du XX^{ème} siècle, ont rapporté les signes cliniques de l'évolution des lésions vertébrales cervicales passées inaperçues et que l'on dénomme actuellement sous des vocables Anglo-saxons divers (whiplash associated etc.). Ils rapportent, en[tre] autres, les douleurs cervicales persistantes, les céphalées occipitales, les vertiges, les acouphènes, les troubles visuels, les troubles mnésiques entrant parfois dans le cadre d'un véritable syndrome dépressif...

A mon sens de traumatologue du rachis, je retrouve dans ce dossier la cohorte des signes cliniques décrits par ces deux neurologues, que ce soit avant ou après le 1^{er} juillet 2007. Ceux-ci sont bien en rapport avec la fracture vertébrale cervicale passée inaperçue.

En résumé, et sur les aspects juridiques qui vous préoccupent, je dirais qu'il y a eu absence de diagnostic pertinent, ce qui se comprend toutefois par un contexte des plus complexes, la conséquence en est que la capacité de travail a pu être mal évaluée et qu'une reprise progressive en 2011 seulement est correcte. (Absence de traitement de la fracture, qui aurait, à mon sens, pu bénéficier au minimum d'une immobilisation par minerve rigide de trois mois ou, au mieux, d'une intervention chirurgicale en 2007)[.] Cela peut expliquer aussi les incompréhensions des médecins sur les limitations de la mobilité du rachis cervical. (On croit lire entre les lignes de certains médecins une amplification des plaintes de M. A.T._____). En revanche, pour la situation actuelle (syndrome de Parsonage et Turner, objet de mon rapport du 29 mars 2013), la causalité me para[ît] beaucoup trop faible [...] pour pouvoir être retenue à ce stade dans le cadre d'un débat LAA (Loi sur l'Assurance Accident).

Néanmoins, il est important de bien noter que cette affection lèse des nerfs antérieurement lésés par l'accident du 3 mars 2007.

De plus, les conséquences post[...]traumatiques, à long terme, de la fracture facettaire doivent faire l'objet d'une surveillance médicale étroite."

L'intimé s'est déterminé sur cette pièce le 10 juin 2013 en maintenant ses conclusions, renvoyant à un avis médical du 28 mai 2013 du Dr C._____ dont la teneur est la suivante :

"En préambule, j'observe que le Dr A._____ n'a vraisemblablement pas examiné l'assuré pour établir le rapport adressé à Me Carré le 16.4.2013. Ce document ne saurait donc valoir pour une expertise au sens propre du terme. En particulier, il manque un status clinique détaillé pour que l'auteur puisse se déterminer valablement sur la capacité de travail.

Ceci dit, le Dr A. _____ fait état d'une fracture de la facette articulaire de C2 gauche et d'une lésion du disque C2-3. Ces lésions n'auraient pas été diagnostiquées par les examinateurs précédents.

Cette trouvaille, si elle est avérée, est de nature à éclairer le rapport de causalité avec l'accident de ski de 2007. Elle ne modifie toutefois pas les limitations fonctionnelles objectives telles qu'elles ont été observées par les experts du COMAI B. _____, et qui seules permettent de se prononcer sur la capacité de travail."

Le recourant s'est déterminé le 26 juin 2013 en se fondant sur un rapport du 25 juin précédent du Dr A. _____, produit en annexe. Il a exposé que ce dernier médecin mentionnait également le fait qu'il n'avait pas été tenu compte de la nouvelle maladie diagnostiquée dans ses précédents rapports. Il a toutefois concédé que, sur le plan procédural, celle-ci n'avait pas forcément à être prise en compte dans le cadre de l'actuel recours, étant précisé qu'une nouvelle demande AI avait été déposée en mars 2013.

Aux termes de son rapport susmentionné du 25 juin 2013, le Dr A. _____ a exposé notamment que le but de son travail du 28 mai 2013 était la recherche d'une causalité naturelle et qu'en ce qui concernait la capacité de travail, il n'avait pas fourni ce type d'évaluation. Il a en outre mentionné ce qui suit :

"« L'examen clinique »: De mon point de vue de chirurgien traumatologue, un examen clinique réalisé plus de six ans après l'accident n'est pas l'examen clé pour la détermination d'un rapport de causalité naturelle pour l'accident du mois de mars 2007. Cela étant, il est bien évident que celui-ci a été réalisé. Je le tiens la disposition du SMR.

« Trouvaille si elle est avérée » : Il semble que le médecin du SMR met en cause mon diagnostic. Je ne lis pas son argumentaire réfutant mon travail. J'y vois une omission.

« Ces lésions n'auraient pas été diagnostiquées par les examinateurs précédents » : La simple lecture du dossier confirme cette assertion. Par exemple, l'expertise du Centre d'Observation de l'Assurance Invalidité B. _____ à [...] n'évoque ni ne retient ce diagnostic, que je prouve par l'imagerie.

« Elle [la trouvaille] ne modifie toutefois pas les limitations fonctionnelles objectives telles qu'elles ont été observées par les experts du COMAI B. _____ » : Un diagnostic, posé avec l'aide d'un examen complémentaire, peut aider à évaluer une limitation fonctionnelle. Je ne connais pas d'arguments permettant de rejeter

le diagnostic d'une fracture pour l'évaluation d'une fonction. L'objectivité de l'évaluation des limitations nécessite, souvent, une imagerie. La contradiction est patente.

Le syndrome de Parsonage et Turner (page 22 de mon travail): Pourquoi ce diagnostic n'est il pas pris en compte par le médecin du SMR?

Cette affection, grave, est de nature à modifier l'évaluation des limitations fonctionnelles. Bien entendu décrite avec soin dans mon examen clinique, elle est également soutenue par un examen neurologique spécialisé et par des données électro-myo-graphiques, également à disposition.

L'omission est claire."

Se déterminant le 29 juillet 2013, l'OAI s'est rallié aux conclusions du Dr C. _____ dont il a produit l'avis du 9 juillet 2013 exposant ce qui suit :

"• Le Dr A. _____ admet que son rapport n'a pas valeur d'expertise. Dont acte.

• Il admet également qu'il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'assuré.

• Il admet encore que son examen était destiné à déterminer le rapport de causalité naturelle pour l'accident de mars 2007, lequel rapport n'est pas du domaine de l'AI.

• Je répète enfin que ce n'est pas le diagnostic, aussi "intéressant" soit-il, qui fait l'incapacité de travail, mais bien l'observation des limitations fonctionnelles objectives. En d'autres termes, qu'il y ait ou non une fracture de la facette articulaire de C2, n'est pas déterminant. C'est l'empêchement qui résulte de l'ensemble des atteintes qui permet d'évaluer la capacité de travail.

• Plus loin, le Dr A. _____ reproche à votre serviteur d'avoir omis le syndrome de Parsonage et Turner qu'il évoque en page 22 de son travail. Plus précisément, le Dr A. _____ renvoie le lecteur à son rapport du 29.3.2013. Malheureusement, il semble que Me Carré ait omis de nous transmettre ce document essentiel. Cette atteinte, si j'ai bien compris le Dr A. _____, serait postérieure à la décision attaquée. Nous n'avons donc pas à en tenir compte dans l'affaire présente."

Dans son écriture du 11 septembre 2013, le recourant rappelle que la nouvelle atteinte invalidante en cours (Parsonage et Turner) est postérieure à la décision entreprise et sera traitée dans le cadre de la deuxième demande déposée devant l'OAI. Se référant à un rapport du 7 décembre 2013 du Dr A. _____ produit en annexe, il soutient que la

maladie de Scheuermann dont il est atteint, combinée avec les atteintes provoquées par l'accident de 2007, ont contribué à créer une situation d'invalidité qui aurait dû être prise en compte par l'intimé.

Le rapport précité à la teneur suivante :

"A la demande de mon patient, je vous informe du diagnostic complémentaire posé suite à l'examen radiographie et par tomodensitométrie du rachis thoracique, réalisé le 4 et le 19 juillet derniers.

Il s'énonce ainsi : présence d'une modeste scoliose dextroconvexe du bas rachis thoracique associée à des séquelles d'une maladie de Scheuermann.

Il est nécessaire d'en tenir compte dans le cadre d'une appréciation de la capacité de travail médico-théorique de M. A.T. _____."

Le recourant a également produit un rapport du 31 août 2013 du Dr A. _____ déposé dans le cadre de la procédure LAA.

L'intimé s'est déterminé le 23 octobre 2013, versant au dossier un avis du 8 octobre 2013 du Dr C. _____. Sur la base de ce document, l'OAI soutient que les experts de la Clinique B. _____ avaient connaissance du diagnostic de maladie de Scheuermann. De l'avis précité du Dr C. _____, on extrait notamment ce qui suit :

"En ce qui concerne la maladie de Scheuermann, il apparaît que le Dr A. _____ n'a pas accordé une attention suffisante à l'expertise B. _____ où l'on peut lire, en page 65, une description d'une IRM de la colonne dorsale basse et lombaire du 6.12.2007. Je cite : » Les lésions décrites sur ces IRM sont essentiellement dégénératives et n'ont pas une origine traumatique. **On retiendra également le diagnostic de maladie de SCHEUERMANN au niveau de D9** ». On ne saurait être plus clair.

Ceci démontre, si besoin était, que les experts avaient pleine connaissance du diagnostic de maladie de Scheuermann, et qu'ils en ont tenu compte dans leur appréciation de la capacité de travail."

Le 20 novembre 2013, le recourant a requis l'appointement d'une audience et produit un courriel du Dr A. _____ du 12 novembre 2013, dont il résulte notamment ce qui suit :

"Voici 2 remarques concernant le dossier de M. A.T._____. Le médecin du SMR affirme que le diagnostic de maladie de Scheuermann est retenu par l'expertise de la B._____. Il est affirmé que ce diagnostic est relevé sous l'interprétation d'une image IRM. Je pense qu'une expertise doit relever d'un certain formalisme. Dans ce sens, même si le diagnostic est noté sous l'interprétation d'une image, il devrait, à mon sens, se trouver, rédigé *in extenso*, au paragraphe des diagnostics. Une simple annotation ne saurait suffire. Par ailleurs, si même ce diagnostic de maladie de maladie [sic] de Scheuermann est noté, la question qui se pose est celle de savoir s'il a été analysé dans le cadre de la scoliose. A mon sens, on devrait trouver dans une seule et même phrase les deux termes de scoliose et de maladie de Scheuermann. Ce n'est pas du formalisme. Il s'agit d'apprécier les conséquences des deux affections concomitantes au rachis, le tout sans oublier la fracture cervicale. On s'attachera à rappeler que l'appréciation des limitations fonctionnelles doit tenir compte des lésions objectives."

L'OAI a maintenu ses conclusions par écriture du 12 décembre 2013. Concernant la maladie de Parsonage et Turner, il relève qu'il s'agit d'une nouvelle atteinte à la santé postérieure à la décision querellée et qui sera prise en compte dans le cadre d'une nouvelle demande.

Avec son écriture, l'office a produit un avis médical du 5 décembre 2013 des Drs C._____ et WW._____, spécialiste en anesthésiologie du SMR, dont il résulte ce qui suit :

"Dans le cadre du recours, Me Carré produit un nouveau document du Dr A._____, sous forme d'un courriel du 12.11.2013.

Comme il le dit fort bien lui-même, le reproche que le Dr A._____ adresse à l'expertise B._____ est purement formel. Ce Confrère souligne en effet que le diagnostic de maladie de Scheuermann attaché à la description de l'imagerie IRM devrait se retrouver, plus loin dans l'expertise, dans la liste des diagnostics.

Si l'on dépasse ce formalisme étroit, on doit admettre que le diagnostic ne fait pas l'incapacité de travail. L'évaluation de cette dernière résulte de l'observation des limitations fonctionnelles objectives. Rappelons que la maladie de Scheuermann est une dystrophie (trouble du développement) du corps vertébral apparaissant au cours de la croissance et pouvant entraîner des troubles statiques douloureux. Elle touche jusqu'à 50% des adolescents. Dans la majorité des cas toutefois, la maladie reste asymptomatique et n'est qu'une trouvaille radiologique. Son évolution cesse à la fin de la croissance. Les experts de la clinique B._____ ont procédé à un examen complet du rachis (p. 57)[.] Ils ont discuté les examens d'imagerie correspondants (pp 60-68)[.] Les plaintes de l'assuré ont été entendues : aucune d'entre elles ne peut être rapportée à des séquelles de maladie de Scheuermann dorsale. Enfin, les experts n'ont pas observé de limitation fonctionnelle liée à

une atteinte dorsale. Il convient de relever que l'activité d'adjoint de direction ne sollicite pas particulièrement le rachis dorsal. Dans l'immense majorité des cas, les séquelles de maladie de Scheuermann sont muettes ; elles ne sauraient en aucun cas justifier une incapacité de travail dans une activité sédentaire."

Le 15 janvier 2014, le recourant a produit un rapport du 10 janvier 2014 du Dr A. _____ dont la teneur est la suivante :

"Je vous remercie de m'avoir adressé le rapport du service médical régional de l'Assurance Invalidité du 5 décembre 2013.

J'y lis un bref résumé de la maladie de Scheuermann et quelques notions générales y relatives.

Il m'aurait semblé utile de se concentrer sur le cas particulier de la personne, de l'assuré, et non pas sur des généralités concernant une population.

De même, il est nécessaire de rappeler un truisme : la colonne vertébrale forme un tout. Du travail de feu S. _____, ne ressort ni la notion de fracture cervicale ni son étude dans le cadre rachidien. Il en est de même dans le travail de l'expert neurochirurgien, mais il est vrai qu'il n'a jamais vu M. A.T. _____."

L'OAI a maintenu ses conclusions dans sa détermination du 28 janvier 2014.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

2. Il y a lieu d'examiner si le recourant a droit à une rente AI.

3. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être

exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde sur des documents médicaux, 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 (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). 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. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

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, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le

simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4)

b) Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de rappeler plusieurs fois qu'une IRM fonctionnelle ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et qu'elle n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; TF 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2 et 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 3.2).

5. a) Quatre experts ont examiné le cas du recourant. S'agissant de l'expert S._____, chirurgien orthopédiste, le recourant aurait dû demander sa récusation s'il estimait que ses connaissances ne lui permettaient pas de se prononcer sur son cas. Or tel n'est manifestement pas le cas, l'orthopédie étant précisément une spécialité chirurgicale qui concerne le traitement de toutes les affections de l'appareil locomoteur (affections des membres supérieurs, des membres inférieurs et du rachis). Un autre expert (le Dr Q._____) est en outre spécialiste en neurologie.

La présence d'un spécialiste en neurochirurgie n'apparaît dès lors pas utile.

On ajoutera que le recourant est d'autant plus malvenu de critiquer cette spécialisation qu'il s'appuie essentiellement pour contester cette expertise sur l'avis de la Dresse V._____, spécialiste en anesthésiologie, et sur celui du Dr A._____, spécialiste chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

S'agissant du choix du Dr Q._____, spécialiste en neurologie, ce médecin a été autorisé à pratiquer à qualité en Suisse, selon le Registre des professions médicales de l'Office fédéral de la santé publique (consultable sur internet à l'adresse : <http://www.medregom.admin.ch/FR>). Au cas où il ne collaborerait plus par la suite avec la Clinique B._____, comme l'allègue le recourant, cela ne met pas en doute ses compétences.

b) Le fait que l'expertise ne comporte pas de multiples références de doctrine médicale est sans pertinence, ni la loi ni la jurisprudence ne posant cette condition pour évaluer la valeur probante d'une expertise.

c) Concernant la classification jurisprudentielle des accidents de bénin à grave, et aux critères déterminés par celle-ci, il n'appartient pas aux experts de la déterminer.

d) La non prise en compte des résultats de l'IRM fonctionnelle est conforme à la jurisprudence rappelée ci-dessus et les experts ne sauraient dès lors être critiqués pour les avoir écartés.

La valeur probante de l'expertise n'est ainsi pas mise en cause pour ces motifs.

6. a) Sur le plan somatique, les experts de la Clinique B._____ ont posé les diagnostics de status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale lors d'une chute à ski le 3 mars 2007, ainsi que de

cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs. De même, dans son rapport du 31 mai 2007, le Dr Z._____ retient le diagnostic de traumatisme cranio-cervical. Aux termes de son rapport du 26 octobre 2007, l'expert M._____ diagnostique également un status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale de stade II après chute à ski le 3 mars 2007, ainsi que des cervicalgies chroniques. Le Dr W._____, dans son compte-rendu du 22 septembre 2008, indique aussi que le recourant présente une symptomatique douloureuse persistante dans la région cervicale suite à une chute et un traumatisme de distorsion du rachis cervical en mars 2007.

Certes, la Dresse V._____ pose notamment le diagnostic de whiplash syndrome (cf. rapports des 30 novembre 2007, 12 mars 2008, 6 juin 2008, 15 février 2009 et 2 décembre 2010), diagnostic repris par le Prof. R._____ (cf. rapport du 19 décembre 2007) sans toutefois l'étayer. Ce dernier relève en outre que le tableau n'est pas très organique et n'a pas posé de diagnostic neurochirurgical. Quant au Dr J._____, il retient également un syndrome cervical (cf. rapports des 27 mars 2008 et 16 février 2009).

b) En ce qui concerne la description de l'accident, il appert que, dans la déclaration d'accident du 12 mars 2007 transmise par l'employeur, le recourant a annoncé que le 3 mars 2007, vers 15 heures, il avait eu un accident de ski. Sa description est la suivante : « *A ski [j]’ai tapé le ski gauche dans une gonfle, suivi d'un vol plané sur le dos et j'ai atterri sur la tête* ». Selon les indications fournies par le Dr Z._____, consulté le 9 mars 2007, le recourant a déclaré que, skiant à grande vitesse le 3 mars 2007, il avait dû subitement éviter un enfant qui croisait sa trajectoire, avait perdu l'équilibre et avait heurté l'arrière de la tête sur une surface dure avec une certaine violence (cf. rapport du 31 mai 2007). De même, la Dresse N._____ a rapporté le 27 avril 2007 que le recourant avait fait une chute à ski le 3 mars 2007 à haute vitesse, avec un choc en arrière sur la tête et le haut du dos. Dans sa déposition écrite du 6 mars 2008, Y._____ a dit également avoir vu le recourant tomber en arrière sur la tête qui, selon lui, a tapé à deux reprises sur une surface

dure. Ces différents rapports ainsi que la déposition susdite ont été pris en compte dans l'appréciation des experts, dite déposition ayant été transmise directement par le recourant aux experts (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 4). Il est en effet mentionné en p. 46 de l'expertise que le recourant, qui skiait sans casque à une vitesse estimée par lui et son témoin aux alentours de 60-70km/h, a dû braquer brusquement vers la gauche pour éviter un snowboarder, que son ski gauche a alors buté sur une bosse, occasionnant un déséquilibre brutal avec une rotation du buste et une chute sur le dos accompagnée d'un traumatisme du crâne d'abord sur le côté droit de la tête, puis sur le côté gauche, le recourant ayant probablement perdu connaissance à ce moment-là.

c) L'expert chirurgien orthopédiste a exposé, en p. 69 de l'expertise, que le diagnostic de whiplash syndrome était lié à un traumatisme d'accélération-décélération de la boîte crânienne sur son seul support, la colonne vertébrale, et qu'un choc direct sur le crâne ne faisait pas partie du syndrome. Au cas d'espèce, il a considéré qu'il n'y avait pas lieu de retenir le diagnostic de whiplash syndrome dès lors que le phénomène d'accélération-décélération était absent, mais celui de traumatisme cranio-cérébral (le crâne ayant heurté le sol) associé à une distorsion de la colonne cervicale par choc direct. Cette explication apparaît convaincante et conforme à la description de l'accident. L'expert a au surplus relevé, la Dresse V._____ ayant retenu le diagnostic de whiplash syndrome, que même dans cette hypothèse, le syndrome - classé en cinq stades selon les normes internationales de la Québec Task Force - serait en l'occurrence de stade 2 et non de stade 3 eu égard aux discrédances sur le plan neurologique. Il n'y a pas là de contradiction comme le soutient à tort le recourant.

On ajoutera que la Dresse V._____ a d'ailleurs retenu un stade 3 selon son rapport du 6 juin 2008, seulement en se fondant sur les documents du Centre NN._____ à [...], donc sur l'IRM fonctionnelle, laquelle n'a pas valeur probante.

A cela s'ajoute que le fait pour un expert de s'entretenir sur une problématique avec un autre médecin spécialiste, comme l'a fait en l'espèce l'expert chirurgien orthopédiste avec le rhumatologue SS._____, (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 69), n'apparaît pas critiquable et démontre bien plutôt le souci de l'expert d'examiner le cas de la manière la plus complète possible.

Quant au diagnostic de syndrome cervical posé par le Dr J._____, il n'est pas étayé et ne correspond pas à la description de l'accident de sorte qu'il ne saurait être retenu.

Sous un autre angle, l'expert neurologue a expliqué les motifs pour lesquels il s'écartait des conclusions de la Dresse V._____. Il a relevé que même si l'on considérait que les anomalies prises en compte par cette praticienne étaient présentes, cela ne prouvait en rien un dysfonctionnement des cytokines impliquées dans la transmission de la douleur (cf. ibid. p. 75). Il a ajouté que les quelques troubles sensitifs mis en exergue ne lui semblaient pas correspondre à un substrat organique bien clair, rejoignant ainsi l'avis du Prof. R._____ (cf. rapport du 19 décembre 2007). Au reste, on ne voit pas en quoi le fait, pour cet expert, de se concentrer sur sa propre spécialisation en laissant le soin au spécialiste de se prononcer sur le plan otoneurologique (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 75) serait critiquable comme le soutient à tort le recourant.

Sur le plan otoneurologique, l'expert de la Clinique B._____ a expliqué que le recourant présentait de petits malaises vertigineux isolés répétés qui ne pouvaient pas être imputés à un trouble vestibulaire périphérique parce que les symptômes décrits n'étaient pas caractéristiques d'un tel trouble et que le bilan otoneurologique était globalement dans la norme (cf. ibid. p. 77). Il a en outre expliqué les raisons pour lesquelles il s'écartait des avis des Drs P._____ et L._____, otoneurologues. A cet effet, il a exposé que les potentiels évoqués vestibulaires myogéniques (VEMPS), même s'ils étaient couramment utilisés pour tester la fonction sacculaire vestibulaire, ne testaient pas la fonction sacculaire de façon

isolée, mais l'ensemble d'une boucle réflexe, à départ sacculaire et à projection cervicale (dénommé réflexe sacculo-collique). Dans le cas particulier, il a estimé que la diminution des VEMPS à gauche était plus compatible avec une altération de ce réflexe qu'avec une dysfonction vestibulaire périphérique isolée, l'anamnèse allant d'ailleurs dans ce sens, alors que dans l'éventualité où l'organe vestibulaire périphérique aurait été touché, on se serait attendu à une symptomatologie vestibulaire plus caractéristique et survenant dans les suites immédiates de l'accident. En tout état de cause, il a expliqué qu'il s'agissait d'un problème bénin, essentiellement paraclinique, n'expliquant pas la symptomatologie vague présentée par le recourant (cf. rapport d'expertise du 13 janvier 2009 p. 77).

Comme les Drs Z._____, H._____ et M._____ notamment, les experts ont constaté des troubles dégénératifs ainsi qu'une maladie de Scheuermann au niveau de D9 (cf. *ibid.* p. 65). Ils ont également constaté une discopathie C4-C5, ces troubles étant manifestement antérieurs à l'accident mais ayant pu être décompensés transitoirement par la chute à ski. Ils ont précisé que dans un tel cas, le statu quo sine était considéré comme normalement atteint douze à dix-huit mois après l'accident (cf. *ibid.* p. 92) Ils ont ainsi pris en compte une période plus longue que celle admise par l'expert M._____, lequel estimait que compte tenu des circonstances accidentelles et de l'ensemble des éléments cliniques et radiologiques, le statu quo ante devrait être atteint après un délai de six à huit mois, avec objectivement, en date de l'expertise, l'absence d'élément traumatique indiscutable (cf. rapport du 26 octobre 2007).

Dans leurs lettres postérieures à l'expertise adressées au conseil du recourant, les Drs V._____, J._____, L._____ et P._____ n'ont pas apporté d'éléments nouveaux et importants dont les experts n'auraient pas tenu compte. Ils ont maintenu une appréciation différente de celle des experts. Leurs conclusions ne sont ainsi pas de nature à mettre en doute les conclusions de l'expertise. Le 7 janvier 2010, les experts Q._____ et G._____ se sont en outre déterminés sur le rapport

du 26 octobre 2009 des Drs P._____ et L._____ de façon détaillée et convaincante, confirmant qu'il n'existait pas d'explication organique rationnelle aux troubles présentés et que la paraclinique n'expliquait pas la symptomatologie.

d) Les rapports du Dr A._____ ne mettent pas en doute non plus les conclusions des experts. En effet, selon ce praticien le recourant souffre depuis février 2013 d'une grave affection qui met en jeu la fonction de l'ensemble du membre supérieur gauche et est caractérisée par des lésions neurologiques et musculaires. Il mentionne que le recourant est en incapacité de travail complète jusqu'aux 31 mars 2013, le pronostic étant réservé (cf. rapport du 6 mars 2013).

Comme le relèvent les parties à juste titre, il s'agit d'une affection postérieure à la décision attaquée et qui fait l'objet d'une autre procédure. Il n'y a dès lors pas lieu d'en tenir compte.

Le Dr A._____ fait état d'une fracture de la facette articulaire de C2 gauche et d'une lésion du disque C2-3. Il a toutefois admis que le but de son travail du 28 mai 2013 était la recherche d'une causalité naturelle et qu'en ce qui concernait la capacité de travail, il n'avait pas fourni ce type d'évaluation (cf. rapport du 25 juin 2013). Comme l'explique le Dr C._____, ce n'est pas le diagnostic, qui fait l'incapacité de travail, mais bien l'observation des limitations fonctionnelles objectives. Qu'il y ait ou non une fracture de la facette articulaire n'est ainsi pas déterminant, mais l'empêchement qui résulte de l'ensemble des atteintes qui permet d'évaluer la capacité de travail (cf. avis médical SMR du 9 juillet 2013). Or, il n'est pas établi que ce diagnostic modifie les limitations fonctionnelles objectives telles qu'elles ont été observées par les experts.

En ce qui concerne les séquelles d'une maladie de Scheuermann, on notera que les experts avaient pleine connaissance du diagnostic de maladie de Scheuermann. Le reproche formulé à cet égard par le Dr A._____ est purement formel (cf. courriel du 12 novembre

2013). En effet que le diagnostic de maladie de Scheuermann soit attaché à la description de l'imagerie IRM ou se retrouve plus loin dans l'expertise dans la liste des diagnostics ne saurait remettre en cause les conclusions des experts. Aux termes de son avis du 5 décembre 2013, le Dr C. _____ relève à juste titre que les experts ont procédé à un examen complet du rachis (p. 57) et ont discuté les examens d'imagerie correspondants (pp 60-68). Les plaintes du recourant figurent dans l'expertise et aucune d'entre elles ne peut être rapportée à des séquelles de maladie de Scheuermann dorsale. Enfin, les experts n'ont pas observé de limitation fonctionnelle liée à une atteinte dorsale. Le Dr C. _____ ajoute que l'activité d'adjoint de direction ne sollicite pas particulièrement le rachis dorsal et que dans l'immense majorité des cas, les séquelles de maladie de Scheuermann sont muettes ; elles ne sauraient en aucun cas justifier une incapacité de travail dans une activité sédentaire.

Les conclusions du Dr A. _____ ne peuvent dès lors être retenues.

e) En conclusion, sur le plan somatique, l'expertise de la Clinique B. _____, qui comporte une anamnèse, décrit les plaintes du recourant et se trouve exempte de contradictions, procède d'un examen détaillé du cas de celui-ci. Ses conclusions claires et bien motivées ne sont pas mises en doute par d'autres avis médicaux. Elle a ainsi valeur probante.

Il y a lieu dès lors de retenir comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail ceux de status après traumatisme crânien mineur et distorsion cervicale lors d'une chute à ski le 3 mars 2007 et de cervico-dorsalgies chroniques associées à des troubles dégénératifs, étant précisé que la persistance des plaintes suggère une chronicisation des douleurs.

7. Sur le plan psychiatrique, l'experte X. _____ ne retient pas de diagnostic ayant une influence sur la capacité de travail du recourant. Elle retient comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail de

trouble mixte de la personnalité de type paranoïaque anankastique et narcissique depuis l'âge adulte et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques depuis juillet 2007.

Le recourant émet de multiples critiques contre cette expertise. Il ne soutient toutefois pas être atteint d'un trouble psychique invalidant. En outre et surtout, il n'y a pas d'avis d'autres spécialistes en psychiatrie infirmant les conclusions de l'experte. Il n'y a ainsi aucun motif de s'en écarter.

8. Cela étant, en ce qui concerne la capacité de travail du recourant au niveau somatique, sur la base uniquement des constatations objectives réellement démontrées, les experts ne retiennent aucune incapacité de travail dans une activité légère, sans port de charges lourdes au-delà de 15 kg, permettant d'alterner les positions, évitant les mouvements de contrainte répétitifs du rachis et les mouvements au-dessus de la ligne des épaules. Sur le plan psychiatrique, il n'existe aucune incapacité de travail. L'activité exercée par le recourant a en outre été considérée comme adaptée par les experts. Ces derniers retiennent également que l'état de santé de l'assuré est médicalement stabilisé, la chronicisation des douleurs et la limitation de la mobilité du rachis cervical s'expliquant très vraisemblablement par des causes non organiques

C'est ici le lieu de relever que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations (art. 29 al. 1 LAI). En l'espèce, le recourant a déposé une demande AI le 28 février 2008. A cette date, soit près de dix-huit mois après l'accident, le droit à la rente n'est pas ouvert.

9. Pour être complet, on relèvera que même si on devait retenir que le traumatisme cranio-cérébral subi par le recourante le 3 mars 2007 a entraîné des effets plus de dix-huit mois après, le caractère invalidant de cette atteinte devrait de toute manière être nié au regard de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, postérieure à la décision

attaquée. La même jurisprudence est applicable lorsqu'un coup du lapin est diagnostiqué.

En effet, dans un arrêt du 30 août 2010 (ATF 136 V 279), le Tribunal fédéral a jugé qu'en cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, soit des lésions physiques sans preuve d'un déficit organique objectivable, le caractère invalidant des troubles devait être apprécié, dans le cadre de l'assurance invalidité, en appliquant par analogie les critères développés par la jurisprudence pour apprécier le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352). Selon cette jurisprudence, il existe dans les cas de troubles somatoformes douloureux - et donc désormais aussi en cas de traumatisme de type "coup du lapin" ou de traumatisme analogue à la colonne cervicale, aussi désigné par les termes anglais "Whiplash" quand bien même ce terme ne correspond pas à un diagnostic dans les systèmes de classification reconnus (TF 9C_510/2009 du 30 août 2010 consid. 3.2 in fine) - une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs; la question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de

traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2).

En l'espèce, il n'y a pas de comorbidité psychiatrique et les autres critères évoqués par la jurisprudence ne sont pas remplis, de sorte qu'une atteinte invalidante au sens de l'AI devrait de toute manière être niée.

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

11. a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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

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

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision rendue le 5 juin 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire arrêté à 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge d'A.T._____.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour le recourant),
- 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 :