

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 janvier 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Métral et Bidiville, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourant, représenté par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 16 LPGA ; 4 al. 1 et 28 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1981, ressortissant français au bénéfice d'un permis L, a travaillé depuis 2006 pour le compte de diverses entreprises de travail temporaire, sa dernière mission ayant été accomplie pour le compte de A. _____ SA du 11 au 15 juin 2007 en tant que contremaître à plein temps.

Le 27 juin 2007, l'assuré a subi un accident de la circulation, lors duquel son véhicule, arrêté à l'entrée d'un giratoire, a été heurté à l'arrière par un automobiliste roulant à environ 40 km/h. Après être dans un premier temps rentré chez lui, l'assuré s'est ensuite rendu à F. _____ le jour même, où il a été admis de 11 heures 30 à 16 heures. Un scanner a été effectué, qui n'a pas révélé de lésion traumatique à l'étage cérébro-cervico-thoraco-abdominal.

Lors d'une consultation ambulatoire au Service .de neurochirurgie de F. _____ le 9 juillet 2007, une IRM cervicale a été pratiquée. Le rapport faisant suite à cet examen a conclu à un oedème du ligament interlaminaire et interépineux C2-C3 des deux côtés, compatible avec un étirement. Une déchirure ne pouvait être exclue sur la base de cet examen ; il existait une petite contusion des muscles au contact, mais pas de lésion osseuse ni discale. Une incapacité de travail de huit semaines a alors été prescrite, ainsi qu'un traitement à base d'anti-inflammatoires et de myorelaxant.

L'assuré n'a toutefois pas repris le travail et a continué à se plaindre de douleurs cervico-dorso-lombaires constantes, de vertiges et de troubles de la mémoire et de la concentration. Dans un rapport du 19 septembre 2007, établi après avoir examiné l'assuré le 14 septembre 2007, le Dr V. _____, spécialiste en neurologie, a posé les diagnostics de status après distorsion cervicale simple intervenue le 27 juin 2007 et de

syndrome post-distorsion cervicale compliqué par des facteurs de majoration des symptômes. Trois mois après l'accident, ce médecin ne retenait plus aucune incapacité de travail significative concernant les seules conséquences somatiques de l'accident et indiquait notamment ce qui suit :

« Monsieur I. _____ est donc un patient âgé actuellement de 26 ans, responsable de chantiers, en bonne santé habituelle, si ce n'est un accident ayant semble-t-il laissé comme séquelles une hypermobilité des genoux, victime le 27.6.07 d'un accident de la circulation au cours duquel son véhicule a été percuté de l'arrière alors qu'il était à l'arrêt.

Lors de l'accident, Monsieur I. _____ a apparemment tapé la tête contre une partie du véhicule et a été victime de mouvements forcés complexes de la colonne cervicale.

Dans les suites de cet accident, Monsieur I. _____ a développé un tableau comportant des rachialgies cervico-dorso-lombaires, des troubles de l'équilibre ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Il a semble-t-il été victime initialement de plusieurs malaises et d'une perte de connaissance prolongée (après l'accident lui-même).

La symptomatologie susmentionnée persiste encore actuellement, en aggravation aux dires du patient plutôt qu'en amélioration, malgré un traitement ayant comporté jusqu'ici repos à domicile, AINS [*anti-inflammatoire non stéroïdien*], antalgiques et physiothérapie.

Il semble que des investigations radiologiques complètes aient été pratiquées mais on n'en connaît pas le résultat.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué a été dominé par un manque de collaboration, des éléments totalement atypiques et des facteurs indubitables de majoration des symptômes.

En effet, tout d'abord l'appréciation de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire a été rendue impossible par une réaction antalgique immédiate contrastant en fait avec l'absence de toute contracture des muscles paravertébraux. En station debout et à la marche, j'ai observé une instabilité importante, démonstrative. L'examen des paires crâniennes a été sans anomalie significative. A l'examen des membres, j'ai observé une chute freinée à l'épreuve des bras tendus ddc [*des deux côtés*], une impossibilité d'effectuer l'épreuve des jambes fléchies, un ralentissement majeur des mouvements rapides et alternés, des phénomènes de lâchages étagés aux 4 extrémités au testing de la force musculaire, les éléments précités contrastant avec une bonne préservation de la trophicité et des réflexes tendineux ainsi que d'une capacité de déambulation préservée sur le plan moteur. Les épreuves de coordination ont été intestables aux membres inférieurs en raison d'une apparente faiblesse. Quant à l'examen de la sensibilité, ce dernier était également particulier avec une hypoesthésie tactile et douloureuse globale du membre inférieur gauche et des latences à l'examen de la sensibilité posturale aux quatre extrémités.

En bref, un examen clinique dominé par des éléments atypiques ne permettant pas de mettre en évidence, compte tenu des conditions de collaboration, une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition et sans avoir eu connaissance du résultat des examens radiologiques, Monsieur I._____ a vraisemblablement présenté lors de l'événement accidentel du 27.6.07, une distorsion cervicale ayant pu comporter des mouvements à la fois latéraux et antéro-postérieurs ainsi qu'un petit choc crânien pour lequel on ne peut pas parler d'un franc TCC [*traumatisme crânio-cérébral*].

Dans les suites de l'accident, Monsieur I._____ paraît avoir développé un tableau de syndrome après distorsion cervicale actuellement compliqué par des facteurs de majoration des symptômes d'origine involontaire ou volontaire.

Dans une telle situation, au travers d'une seule consultation, il est difficile de formuler des propositions de traitement. S'agissant de la capacité de travail, à l'écoute du patient et sur la base du présent bilan je n'objective pas d'éléments permettant de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'une incapacité de travail en relation avec les seules conséquences somatiques de l'événement accidentel du 27.6.07. »

Le 24 septembre 2007, le Dr G._____, spécialiste en neurologie, a établi un rapport à l'intention du Dr M._____, médecin traitant, dans lequel il diagnostique un syndrome post-traumatique crânien avec un probable état de stress post-traumatique, étant précisé qu'une IRM cérébrale pratiquée le jour même était normale. Il a indiqué que l'assuré se plaignait d'une céphalée continue constrictive, d'une vision trouble par intermittence, de vertiges, d'une intolérance à la lumière, de troubles de la mémorisation et de la concentration, de malaises avec des chutes, de lombalgies, de troubles du sommeil avec cauchemars et d'un épisode récent de précordialgies. L'examen neurologique montrait un patient assez bien orienté, un peu ralenti, exécutant correctement les ordres semi-complexes, avec un discret manque du mot, un léger trouble mnésique et un calcul oral préservé et sans apraxie idéomotrice. Une prise en charge psychologique était préconisée.

Le 29 octobre 2007, le Dr R._____, médecin conseil de la CNA, l'assureur-accidents ayant pris en charge les conséquences de

l'accident du 27 juin 2007, a examiné l'assuré et a établi un rapport qui contient notamment ce qui suit :

« APPRECIATION DU CAS :

On se trouve, chez cet assuré né en 1981, à 4 mois d'un accident de la circulation lors duquel son véhicule est touché à l'arrière alors qu'il se trouve à l'arrêt. Pas de perte de connaissance selon les déclarations inaugurales. Diverses investigations (CT, ex. neurologique approfondi) permettront d'exclure une lésion organique. Une évolution atypique va marquer le décours de l'évènement et va notamment conduire à une prise en charge psychiatrique.

L'examen de ce jour est marqué par une absence prononcée de collaboration : les plaintes sont imprécises et gravitent essentiellement autour d'allégations de troubles de la mémoire et de la concentration. Alors qu'il avait été capable d'établir sans difficulté un constat à l'amiable lors de l'accident et qu'il avait pu décrire avec précision les circonstances de l'accident dans ses déclarations du 07.08.2007, il déclare aujourd'hui ne plus se souvenir de rien alléguant des troubles qui auraient été en s'aggravant petit à petit. Il est inquiet en raison de rougeurs sur la peau du cou lorsqu'il se rase!

Il ne sait pas ce qu'il prend comme médicaments. Il doit réfléchir avant de nous indiquer où habitent ses parents mais nous indique qu'il téléphone pratiquement tous les jours à son frère "pour se reconstruire".

Hormis des atypies et des signes de non-organicité, l'examen clinique ne révèle pas d'atteinte neurologique. La palpation de la colonne cervicale ne déclenche aucune douleur et la raideur de cette dernière est variable.

Hormis un trouble de la statique cervicale vraisemblablement pré-existant, les radiographies de la colonne cervicale pratiquées ce jour ne révèlent aucune lésion ostéo-ligamentaire. Nous rappellerons ici qu'une imagerie rachidienne avait effectivement été effectuée à F. _____ et n'avait rien démontré.

On soulignera que l'imagerie pratiquée, aussi bien à F. _____ qu'ultérieurement à la Clinique [...], n'a révélé aucune lésion traumatique rachidienne ni crânio-cérébrale.

En résumé le tableau clinique est dominé par des atypies, des incohérences et des phénomènes d'amplification dont il est difficile d'établir s'ils sont volontaires ou s'ils sont liés à un substratum psychiatrique majeur.

Hormis une prise en charge psychiatrique, nous ne voyons actuellement pas quel traitement pourrait aider actuellement cet assuré.

En l'état, nous ne pouvons que partager l'appréciation du Dr V. _____ qui, à l'issue de son examen approfondi, ne constate aucune atteinte structurelle pouvant être imputée à l'accident et conclut également à des phénomènes de majoration d'origine volontaire ou involontaire.

Nous partageons également l'avis du Dr V. _____ concernant l'absence de lésion somatique objectivable susceptible d'empêcher cet assuré de mettre en valeur une pleine capacité de travail dans la dernière activité exercée avant l'accident.

Nous ne nous prononçons pas ici sur les éléments non-organiques et psychiatriques apparemment invalidants qui se sont greffés sur le décours de l'évènement et qui dominent aujourd'hui largement le tableau. Leur adéquation avec l'accident reste à démontrer : elle pourra être soumise, le cas échéant, aux instances compétentes de la Suva. »

Dans un courrier du 13 novembre 2007 à l'intention de la CNA, C. _____, spécialiste en psychothérapie FSP, après avoir décrit l'ensemble des plaintes émises par l'assuré, a posé le diagnostic de syndrome post-commotionnel, affirmant que l'état de l'assuré nécessitait un soutien psychothérapeutique et qu'il n'était pas en mesure de reprendre son travail. Elle a joint un rapport du 1^{er} novembre 2007 de E. _____, spécialiste en neuropsychologie FSP, qui retient le diagnostic de syndrome post-commotionnel chronique et préconise un soutien psychologique, ainsi que la reconnaissance d'une incapacité de travail complète dans le travail de chef d'équipe sur les chantiers et partielle dans une autre occupation.

Le 16 novembre 2007, le Dr M. _____ a établi un rapport à l'intention de la CNA, dans lequel il a diagnostiqué une contusion cervico-dorsale et un syndrome post-commotionnel et a retenu une totale incapacité de travail. Il a indiqué que l'assuré se plaignait de céphalées et de douleurs rachidiennes, de troubles de la mémoire et du sommeil avec des cauchemars, d'angoisses et de diminution de la tolérance au stress, ainsi que d'un état dépressif.

Le 19 novembre 2007, la Prof K. _____, du Service de neuropsychologie et neuroréhabilitation de F. _____, a examiné l'assuré. Dans son rapport, elle a constaté, au premier plan, des perturbations de la mémoire rétrograde et antérograde auxquelles s'associaient un ralentissement et des troubles attentionnels, symptomatologie

d'interprétation difficile chez un patient qui paraissait collaborer faiblement à l'examen et présentait des plaintes de type post-traumatique abondantes. Un avis psychiatrique lui paraissait souhaitable.

Le 19 décembre 2007, le Dr W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a établi un rapport à l'intention du Dr M._____, dans lequel il indique que, de son point de vue, les troubles allégués par l'assuré sont factices et sont dus à une pure simulation.

Dans un rapport du 7 janvier 2008, la Prof. K._____ a indiqué que l'assuré souffrait d'un syndrome douloureux dorso-lombaire important, qui aggravait probablement ses performances cognitives. Le traitement des douleurs dorso-lombaires devait par conséquent être au premier plan. Le 10 mars 2008, la Prof. K._____ a effectué un nouvel examen neuropsychologique de l'assuré, dont les performances se sont révélées globalement superposables à celles de l'examen du 19 novembre 2007.

Le 25 mars 2008, l'assuré s'est annoncé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) dans le cadre d'une détection précoce. Le 21 avril 2008, il a déposé une demande de prestations en vue de l'obtention d'une rente et de mesures de réadaptation professionnelle, à cause d'un syndrome post-traumatique, amnésique, suite à un traumatisme crânio-cérébral.

Dans un rapport du 19 mai 2008, la Dresse P._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de syndrome post-traumatique crânien, avec troubles mnésiques, attentionnels et ralentissement suite à un traumatisme crânio-cérébral survenu le 27 juin 2007. Elle a attesté une totale incapacité de travail et a réservé le pronostic, la situation n'étant pas stabilisée. Le cas n'étant pas de son ressort, la Dresse P._____ a préconisé une neuro-réhabilitation.

Dans un rapport du 14 juin 2008, le Dr S._____, spécialiste en psychiatrie, a diagnostiqué un syndrome post-traumatique crânien avec des troubles mnésiques et attentionnels et un ralentissement, suite à un traumatisme crânio-cérébral survenu le 27 juin 2007, ainsi qu'un trouble anxio-dépressif. Il a expliqué que l'examen clinique était difficile, le patient ne donnant que peu d'informations précises. L'anamnèse était très limitée, très lacunaire et parfois contradictoire. A l'issue de trois entretiens, il restait très difficile d'arriver à une conclusion claire et étayée tant l'interprétation du cas restait difficile. Selon le Dr S._____, l'hypothèse du trouble factice évoquée par le Dr W._____ restait plausible, compte tenu de l'examen clinique, mais était difficile à confirmer ou infirmer. L'impression générale se dégageant de l'ensemble des investigations effectuées et de la présentation clinique était celle d'une intrication à la fois étroite et complexe d'éléments psychosociaux chez une personnalité probablement carencée sur le plan affectif, peut-être labile ou limitée dans ses capacités d'adaptation ou de résilience.

Le 23 mars 2009, le Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM), sous la signature des Drs D._____, spécialiste en neurologie, X._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et Z._____, spécialiste en rhumatologie et médecine interne, a rendu un rapport d'expertise de l'assuré, suite à des examens qui se sont déroulés sur trois jours et qui comprennent un volet neuropsychologique, établi par O._____, spécialiste en neuropsychologie FSP. Les experts ont conclu à l'absence de tout diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail du recourant, tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Ils ont reconnu à celui-ci une capacité de travail entière dans toute activité, sans aucune limitation fonctionnelle ni diminution de rendement, au plus tard depuis novembre 2007, date dès laquelle la situation est décrite comme stationnaire du point de vue neuropsychologique. Pour le surplus, la partie "appréciation" du rapport d'expertise contient notamment les indications suivantes :

« **Appréciation somatique** »

Du point de vue rhumatologique (Dr Z. _____)

L'assuré a souffert d'un accident de la circulation, en 2007. Il a subi un choc arrière. Le diagnostic de lésions ligamentaires de la colonne cervicale a été posé à F._____. L'évolution a été favorable, l'assuré déclarant n'avoir plus de douleurs à ce niveau.

Par contre il décrit des douleurs dorsales et lombaires entraînant des épisodes de blocages. Les douleurs s'améliorent lors de l'effort physique. Il faut relever que l'assuré a déclaré le contraire à l'expert neurologue.

L'examen clinique a mis en évidence des troubles de la posture avec une augmentation de la lordose et un relâchement de la sangle abdominale. La palpation et la percussion de D9 à D12 sont douloureuses. Les examens radiologiques (IRM du 28 décembre 2008) mettent en évidence des séquelles d'une maladie de Scheuermann.

Le reste de l'examen rhumatologique est dans la norme.

La maladie de Scheuermann provoque des troubles de la posture en augmentant la lordose et la cyphose. Elle se produit durant la croissance liée à l'adolescence. Elle se traite par des exercices appropriés et une activité physique régulière (natation, marche, vélo...). Ce que fait l'assuré tous les jours.

Elle n'entraîne pas de limitation au niveau professionnel.

L'assuré dit aller, toutes les après-midi, faire de l'exercice dans un fitness. Il ne décrit aucune gêne ou limitation pendant les exercices qu'il fait.

Je suis étonné par le fait qu'il ait refusé de monter les escaliers se trouvant dans mon cabinet. Il a demandé de prendre l'ascenseur. La maladie de Scheuermann ne peut pas expliquer ce refus. Il n'a pas d'atteinte au niveau des muscles (absence d'amyotrophie) des membres inférieurs. Il n'y a également pas de syndrome radiculaire (absence de canal lombaire étroit ou d'hernie discale à l'IRM de décembre 2008).

Je peux donc conclure que l'accident de 2007 n'a entraîné aucune séquelle ostéoarticulaire et que les plaintes sont dues à des séquelles d'une maladie de Scheuermann.

Il n'y a pas de répercussion sur la capacité de travail. Celle-ci est entière. Mon appréciation rejoint celle de la Dresse P._____ qui a examiné l'expertisé en 2008 concernant l'appareil locomoteur.

Du point de vue neurologique (Dr D. _____)

L'anamnèse des circonstances de son accident, son autobiographie sont données de façon très floue. Parfois même, on note d'importantes discordances. En effet, s'il présente des troubles de la mémoire très importants allant jusqu'au point d'oublier sa propre date de naissance, les circonstances de l'accident et tout ce qui s'est passé depuis juin 2007, nous sommes très surpris de constater

le fait qu'il puisse utiliser un natel à la recherche du nom de son médecin traitant, de décrire avec précision certains accidents de chantier survenus par le passé, de donner une anamnèse précise de son accident au Docteur X. _____ et à peine ébauchée une heure plus tard. Lorsque nous lui indiquons l'adresse de Mme O. _____, il nous dit qu'il se dirigera grâce à son GPS. L'utilisation de cet appareil ne semble pas poser de problème particulier malgré la complexité des procédures pouvant exister dans son utilisation. En conséquence, ces éléments anamnestiques, cliniques et constatés durant mon évaluation nous font suspecter l'existence d'une majoration importante. Le reste de l'examen neurologique est non contributif puisque normal. Nous relevons toutefois une boiterie non systématisée, changeante en fonction des circonstances, puisqu'elle disparaît s'il marche dans des situations où il n'est pas observé. Nous relevons en particulier l'absence d'atteinte de l'olfaction, d'élément évocateur d'une lésion cérébrale focalisée ou de troubles neurologiques s'intégrant dans le cadre d'une atteinte radiculaire cervico-dorso-lombaire, cérébrale ou médullaire post-traumatique.

Ces constatations sont aussi relevées dans le cadre de son évaluation neuropsychologique faite dans le cadre de celle experte.

En examinant les documents à disposition, notamment son rapport d'admission aux urgences de F. _____ le 27.06.2007, 16 heures, je note qu'il y est resté de 11 h 30 à 16 heures. Ils rapportaient un accident à vitesse lente, qu'il portait la ceinture. Il présentait des céphalées avec cervicalgies et des fourmillements prédominant au niveau du pouce droit. Il est décrit comme somnolent. Il est relevé dans le rapport d'observation des infirmières l'absence de dermabrasions ou de plaies au niveau de la tête, l'état de conscience est décrit comme fluctuant.

Sa situation s'est rapidement améliorée. Il quitte le service avec le port d'une minerve.

Ultérieurement, le 24 septembre 2007, il est examiné par le Docteur G. _____, qui relève dans son anamnèse l'absence de perte de connaissance. Il signalait qu'il avait la tête tournée vers la gauche. A son domicile, dans les suites immédiates de l'accident où il s'est donc rendu dans un premier temps, il a eu plusieurs malaises et ce n'est que dans un deuxième temps qu'il a dû ensuite être transporté aux urgences de chirurgie à F. _____. Il aurait alors perdu connaissance. Aux urgences de F. _____ il n'a pas été constaté de lésion du cuir chevelu, de bosse séro-sanguine ou de troubles neurologiques focaux hormis un état de désorientation transitoire. Les examens neuroradiologiques cérébraux et cervicaux effectués ce jour-là n'ont pas mis en évidence de lésion intracrânienne, de lésion du cuir chevelu ou cervicale. Ultérieurement, le Docteur G. _____, neurologue, ne relève pas de perte de connaissance.

Conclusions de l'examen neuropsychologique

[...]

Ces différents éléments prouvent donc l'absence d'impact significatif au niveau de la tête, donc de traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale pouvant expliquer son tableau clinique actuel. En ce qui concerne les circonstances de l'accident, il convient

de relever que l'accident s'est fait à vitesse lente (40km/h), de l'absence de perte de connaissance ou d'amnésie circonstancielle (il raconte les circonstances de l'accident, le fait que l'autre conducteur avait une grosse berline, qu'il lui avait donné sa carte de visite en reconnaissant sa faute), qu'il a pu rentrer à domicile en voiture, aller à F._____ où l'observation neurochirurgicale n'a pas révélé de signes évocateurs d'une pathologie cérébrale traumatique. Un bilan neuroradiologique extensif n'a pas démontré de lésion post-traumatique. Par la suite, les troubles neuropsychologiques nous intéressant se sont clairement développés de façon progressive, à distance de l'accident. Ceci est bien démontré dans le cadre des différentes évaluations neuropsychologiques effectuées et relevé par Mme O._____ dans ce rapport. Son examen neurologique ne révèle aucune autre lésion focale (troubles de l'olfaction, des voies longues).

En conséquence, nous ne pouvons retenir l'existence d'une lésion cérébrale pouvant expliquer le tableau neurologique et neuropsychologique nous occupant.

Du point de vue rachidien, je ne retiens aucune souffrance neurologique.

Appréciation psychiatrique

- Nous sommes en présence d'une personne de 27 ans chez qui le développement psychoaffectif a été marqué par une séparation parentale et un placement consécutif dans une famille d'accueil vers l'âge de 10 ans.

Il existe également la notion de violences au sein du couple parental et le fait que la mère a été traitée en raison de cela. Ces éléments défavorables ont interféré avec le processus de maturation psychoaffective.

Ceci étant, il n'y a pas d'arguments pour la présence d'une personnalité pathologique selon les critères de la CIM-10. En particulier, il ne s'avère pas qu'il y ait eu depuis l'adolescence de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel, dysfonctionnements se manifestant dans tout type de situation et qui auraient pu être à l'origine d'une souffrance personnelle ou d'un impact nuisible sur l'environnement social. Cela se reflète par le fait que Monsieur I._____ ne signale aucune souffrance psychique avant l'accident du 27 juin 2007 et cela se reflète par le fait qu'il a été à même de s'intégrer dans le monde du travail. Plus particulièrement, il ne s'avère pas que les changements d'emploi aient été en lien avec une quérulence ou avec des comportements dysfonctionnels menant à des licenciements systématiques. Enfin, sur le plan sentimental, si l'assuré n'a pas été à même de s'engager dans une relation de confiance et de réciprocité à long terme, il ne s'avère pas pour autant que sa vie affective soit chaotique ou tumultueuse ; signalons en outre que la dernière relation a pris fin en raison de l'atteinte à la santé de l'assuré après l'accident du 27

juin 2007 et non pas à cause des manifestations d'une personnalité morbide.

Si, à la lumière des renseignements médicaux en notre possession ainsi qu'à la lumière de l'anamnèse dirigée il n'y a pas d'arguments suffisants pour la présence d'un trouble de la personnalité, cet aspect doit être pris avec circonspection, cela en raison des lacunes importantes de l'assuré dans la restitution des renseignements.

- Dans le rapport de consultation neurologique du 24 septembre 2007, le Docteur G._____ mentionne la présence probable d'un état de stress post traumatique. A l'examen clinique, il n'y a cependant pas de symptômes persistants traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance, il n'y a pas de conduites d'évitement (l'assuré a repris la conduite automobile et a été amené à repasser par l'endroit où a eu lieu l'accident), de même qu'il n'y a pas de reviviscences envahissantes à l'origine d'un sentiment de détresse. Enfin, l'accident du 27 juin 2007 ne constitue pas une situation ou un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique dans l'esprit des classifications psychiatriques internationales (CIM, DSM). En effet, les types de situations cités pour un état de stress post-traumatique sont ceux de l'exposition à un facteur de stress traumatique extrême qui implique objectivement le vécu direct et personnel d'un événement tel que les situations de combats militaires, les agressions personnelles violentes, le fait d'être kidnappé, le fait d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération en tant que prisonnier de guerre ou dans un camp de concentration, les catastrophes naturelles ou d'origine humaine ainsi que les accidents de voitures graves. Signalons enfin que le Docteur W._____ (rapport de consultation du 19 décembre 2007) écarte le diagnostic d'état de stress post traumatique.

Au vu de ce qui précède et en particulier de l'absence de critères diagnostiques essentiels (A., B., C. et D.), le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut pas être retenu.

- Dans le rapport médical AI du 14 juin 2008 du Docteur S._____, psychiatre, figure le diagnostic de trouble anxiodépressif. Dans le rapport d'évaluation psychologique du 13 novembre 2007, Madame C._____ fait état de la présence de crises d'angoisse nocturnes et diurnes, d'une diminution de la tolérance au stress et aux émotions et d'affects dépressifs.

Actuellement, il n'y a pas de symptomatologie dépressive en ce sens que Monsieur I._____ ne présente pas de tristesse, il n'y a pas d'anhédonie (perte de la capacité à ressentir du plaisir) de même qu'il n'y a pas de diminution de l'énergie ou de la motivation. Il n'y a pas non plus de perte de l'estime de soi, Monsieur I._____ ne s'adresse pas des reproches excessifs ou inappropriés et il n'a pas d'idées de mort. Il n'y a pas non plus de symptomatologie dépressive, même réduite ou disparate.

Monsieur I._____ se dit anxieux pour des aspects ponctuels tels que la convocation pour les examens d'expertise médicale. Il ne s'avère cependant pas que cette anxiété soit incapacitante en ce sens qu'elle n'est pas déstructurante (absence d'envahissement du psychisme par l'angoisse avec abolition de tout processus de pensée). En outre, l'anxiété que présente l'assuré n'est pas accompagnée par une symptomatologie neurovégétative ou

somatique autre accompagnant typiquement l'angoisse (tremblements, palpitations, sécheresse buccale, gêne épigastrique).

Au vu de ce qui précède, le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte ne peut pas être retenu. Il n'apparaît pas non plus que dans le passé, il ait existé une anxiété ou une symptomatologie dépressive incapacitante.

- Dans le rapport de consultation du 19 décembre 2007, le Docteur W._____ parle d'une "pure simulation chez un sujet qui est en Suisse depuis le mois de mai 2007 au bénéfice d'un permis L et dont les motivations paraissent plus qu'incertaines". Sont relevés un manque d'authenticité, des discordances et la capacité de donner des réponses plus au moins exactes sur son passé lorsque l'on se montre beaucoup plus directif. Des contradictions sont également mentionnées par le Docteur S._____ dans le rapport médical AI du 14 juin 2008 mais celles-ci ne sont pas détaillées. Dans le rapport d'examen neuropsychologique du 10 mars 2008, le Professeur K._____ mentionne une symptomatologie d'interprétation difficile chez une personne qui paraît collaborer faiblement à l'examen et présentant des plaintes de type post-traumatique abondantes.

Au cours de l'examen du 8 décembre 2008, nous avons constaté plusieurs discordances. En particulier, Monsieur I._____ est incapable de donner des indications sur son père et des conditions dans lesquelles il a vécu avec lui, même de manière grossière, de même qu'il dit être incapable de donner des indications, même vagues, sur la période du service militaire, alors qu'il est à même d'expliquer de manière très détaillée un accident dont il a été témoin lorsqu'il travaillait dans la construction du métro à [...].

De surcroît, au cours de l'examen du 8 décembre 2008, il a été à même de décrire précisément les suites de l'accident du 27 juin 2007 à l'expert psychiatre alors qu'il n'a pas été à même de le faire lorsqu'il a été interrogé par l'expert neurologue, et cela à environ 1 heure 30 d'intervalle.

Par ailleurs, l'assuré se plaint de troubles cognitifs prononcés, alors qu'il utilise un GPS, appareil complexe dont le maniement nécessite des capacités cognitives intactes, sans difficulté.

Mentionnons également que sur insistance, Monsieur I._____ est à même de donner des précisions.

Enfin, au fur et à mesure de l'évolution de l'examen psychiatrique (2 heures 30), le ralentissement idéique s'est progressivement amenuisé pour disparaître, et le discours est devenu plus précis.

S'il existe des indices en faveur d'une simulation (discordance entre l'atteinte telle qu'elle est rapportée par l'assuré et certains éléments objectivés lors de l'examen ; indications subjectives de graves entraves mais fonctions psychosociales au quotidien globalement préservées ; symptomatologie peu plausible au vu de l'importance réduite l'accident et d'absence de perte de connaissance dans les suites immédiates de l'événement), il n'existe pas de preuves formelles pour cela.

- Au vu de cette difficulté et afin d'objectiver et de quantifier le plus possible les atteintes neuropsychologiques, nous avons procédé à la passation de tests neuropsychologiques. Les conclusions en sont :

La passation de cet examen a donné lieu à des irrégularités dans les performances, des incohérences dans certains résultats, et des performances atypiques.

Pour les incohérences et irrégularités dans les performances obtenues ici :

Le ralentissement du patient aux tests et à l'émission du langage est ainsi intermittent, puisque contrastent des occurrences de ralentissement massif et d'autres pendant lesquelles le patient agit et réagit avec rapidité et adéquation.

Il faut par ailleurs dans ce registre relever également l'absence de chute des performances globales après un long temps de concentration, qui ne montre pas de fatigabilité particulière.

Par ailleurs, contrastent avec ses performances catastrophiques aux tests mnésiques (en mémoire épisodique, en mémoire immédiate et de travail) une mobilisation adéquate de la mémoire des tests passés au fur et à mesure. Il en va de même pour les souvenirs biographiques : très difficilement sollicités sur le questionnement, ils peuvent apparaître au détour de la conversation de manière plus inopinée.

Je rapproche mes constatations sur ces deux plans, de celle du Prof E. _____, qui notait une dissociation automatico-volontaire au niveau des performances mnésiques et du ralentissement mental.

Je rappellerais également que le Prof K. _____ avait émis des réserves quant à l'interprétation des performances extrêmement mauvaises obtenues aux tests mnésiques lors de l'examen de novembre 2007, proches du hasard.

Pour ce qui est des incohérences et irrégularités observées entre les différents examens neuropsychologiques : il semble que la mémoire autobiographique, non atteinte lors de l'examen du Prof E. _____ qui permet heureusement de collecter un certain nombre d'informations sur les antécédents personnels et professionnels du patient, connaisse une chute brutale entre le 30 octobre 2007 date de son examen, et le 19 novembre 2007, soit 20 jours après, puisque le patient ne parvient plus à donner des notions biographiques essentielles lors de l'examen avec le Prof K. _____ : cette chute perdure apparemment à ce jour puisque tous les examinateurs, moi y compris, ont noté la difficulté à obtenir des données anamnestiques anciennes.

Il faut encore noter des fluctuations dans la performance aux tests de fluence verbale, en ordre chez le Prof E. _____, déficitaires chez le Professeur K. _____ lors de ses deux examens, de nouveau dans la norme au mien.

Les épreuves Stroop, de même, étaient bonnes chez le Prof. E. _____, par la suite invariablement ralenties et donnant lieu à des difficultés de type Stroop.

Il faut encore signaler l'apparition, au 10 mars 2008, d'un langage spontané "parfois peu articulé", alors que des troubles de l'articulation n'ont pas été notés auparavant, ni lors de mon examen

d'aujourd'hui ; le patient, questionné à propos de l'existence éventuelle de troubles de l'articulation suite à l'accident, ne parvient pas à se montrer affirmatif et reste dans le vague.

Pour ce qui est des performances atypiques par rapport à l'ensemble de l'examen, je relèverai pour ce qui est de mon examen, la difficulté aux praxies réflexives sur le corps propre, à la discrimination de dessins superposés ; les fausses évocations au test d'apprentissage verbal, liées entre elles sur le plan phonétique mais non liées au contenu du matériel appris (champion-champignon) ; le rapetissement de la performance graphique aux frises de Luria.

Ces diverses constatations, le caractère profondément atypique du tableau neuropsychologique constaté un an et demi après l'accident, ne nous permettent pas à ce jour d'inférer, des résultats à notre examen, la présence de troubles neuropsychologiques réels actuels. »

Les experts concluent leur rapport par les remarques suivantes :

« Du point de vue neurologique et neuropsychologique les manifestations constatées évoquent une majoration pour le moins très importante. La recherche de bénéfices secondaires ou d'une simulation n'est pas du ressort médical et devront être explorées par les autorités compétentes. Nous soulignons donc que nous ne nous prononçons donc pas sur cet aspect de sa problématique.

M. I. _____ signale lors de son anamnèse neurologique que son avocat lui propose la possibilité d'effectuer une investigation neuroradiologique très spécialisée à l'étranger. S'il s'agit d'une IRM avec des séquences "DWI", il convient de dire d'emblée que cette technique pourrait révéler des hyperintensités de la substance blanche. Ceci pourrait alors être une allégation de son avocat ou du radiologue quant à l'existence de lésions à rattacher à un cadre post-traumatique. Ces affirmations ne sont actuellement pas acceptées par les spécialistes en traumatologie compte tenu du caractère très aspécifique de ces altérations. En effet, il est reconnu que cet examen peut révéler des anomalies de la substance blanche qui sont d'un caractère totalement aspécifique et qui doivent être confrontées à des données objectives, histologiques et bien évidemment cliniques objectives. Elles pourraient aussi être de simples changements liés à l'âge... En conséquence quelles que soient les trouvailles de cet examen tous les spécialistes reconnaissent que les circonstances de l'accident, la clinique, l'examen neurologique et neuropsychologique priment. »

Dans un avis du 14 avril 2009, le Dr N._____ du Service médical régional de l'AI (SMR) a retenu que l'expertise avait mis en évidence de nombreuses discordances et incohérences entre les plaintes de l'assuré et les résultats des examens cliniques approfondis et des tests neuropsychologiques, qui ne s'expliquaient que par une importante majoration des plaintes. Une simulation n'était pas exclue mais n'était pas formellement démontrée. Il n'existait en tout cas pas d'atteinte à la santé incapacitante et la capacité de travail de l'assuré était entière dans toute activité dès le 2 novembre 2007.

Le 16 avril 2009, l'OAI a établi un projet de décision. Constatant que l'assuré ne présentait plus d'atteinte à la santé invalidante, il lui a nié tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité (mesures professionnelles et rente).

Le 14 mai 2009, l'assuré a fait parvenir à l'OAI une copie du rapport établi le 30 avril 2009 par le Prof. Q._____, à [...], qui indique avoir décelé chez l'assuré plusieurs lésions considérées comme post-traumatiques, grâce à la réalisation d'une IRM cérébrale avec des images en tenseur de diffusion.

Le 25 mai 2009, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formulé des objections à l'encontre du projet de décision du 16 avril 2009. S'appuyant notamment sur le rapport du Prof. Q._____, il a maintenu que son incapacité de travail était totale.

Le 17 juin 2009, le Dr L._____ du SMR a indiqué que les lésions mentionnées dans le rapport du Prof. Q._____ ne présentaient en rien d'éventuelles limitations fonctionnelles. En effet, il est possible de constater d'importantes lésions anatomiques visibles à l'imagerie, qui sont toutefois sans répercussion sur la fonction de l'organe ou du membre concerné. Or le Prof. Q._____ ne se prononçait pas sur les limitations

fonctionnelles ni sur la capacité de travail de l'assuré. Il n'y avait par conséquent aucune raison de modifier la position de l'OAI.

Par décision du 29 juillet 2009, l'OAI a maintenu son projet et refusé à l'assuré tout droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

B. Par acte du 11 septembre 2009, I._____, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 29 juillet 2009, concluant avec suite de frais et dépens à sa réforme, dans le sens que lui soient octroyées des prestations de l'assurance-invalidité, plus précisément une rente entière d'invalidité. Il affirme être totalement incapable de travailler et présenter le tableau clinique du coup du lapin, respectivement des lésions cérébrales compatibles avec un traumatisme crânio-cérébral. A l'appui de ses allégations, il se réfère notamment au rapport du Prof. Q._____ et à un rapport établi le 4 septembre 2009 par le Dr T._____, spécialiste en neurochirurgie qui, se référant au rapport du Prof. Q._____, retient que le cas du recourant dépasse le cadre du "coup-du-lapin" et doit être classé dans une catégorie avec une atteinte plus importante, et certainement définitive.

Par décision du 27 novembre 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé au recourant le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 13 octobre 2009, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Pierre Seidler, avocat à Delémont.

Par réponse du 26 novembre 2009, l'intimé a conclu au rejet du recours.

Le 8 février 2010, le recourant a produit un courrier adressé par le Dr T._____ au Dr M._____, dont la teneur est la suivante :

« J'ai vu votre patient susnommé à ma consultation, en date du 21 janvier 2010. Je le connaissais déjà pour avoir donné un avis sur dossier à Me Seidler le 04 septembre 2009.

Depuis lors, la situation ne s'est pratiquement pas modifiée. Les plaintes sont fondamentalement inchangées et portent en grande partie sur la fonction mnésique. Ceci avait été confirmé par les différents examens neuropsychologiques, avec un examen neurologique, pratiqué le jour de la consultation, par ailleurs dans les limites normales. Cette situation ne trouvait pas de substrat radiologique à l'occasion d'une IRM cérébrale conventionnelle ou "anatomique". En revanche, une IRM de type DTI pratiquée à [...] dans l'Institut du Prof. Q. _____ a montré un nombre important de lésions affectant des régions cérébrales participant à la fonction mnésique.

Ces lésions, en l'absence d'une autre cause, vasculaire, métabolique, etc... doivent être considérées, jusqu'à preuve du contraire, comme séquelles du traumatisme du 27.06.2007. Compte tenu de l'anamnèse du patient qui, sur le plan professionnel, remplissait une fonction de cadre avec des responsabilités, on peut également exclure un état antérieur. Le lien de causalité entre l'accident, les symptômes actuels et les altérations observées sur les IRM DTI semble certain avec une vraisemblance prépondérante.

Malheureusement, après une évolution de 3 ans, on ne peut plus espérer une amélioration substantielle, et le patient devrait essayer de trouver une nouvelle affection professionnelle avec l'aide de l'Assurance Invalidité. »

Le 15 juillet 2010, le recourant a produit un rapport du 21 juin 2010 du Dr H. _____, médecin-associé à l'Hôpital ophtalmique [...], qui indique que le statut neuro-ophtalmologique du recourant est absolument normal. Selon ce médecin, les plaintes émises par le recourant sont très évocatrices d'un syndrome commotionnel. Or les examens cliniques et paracliniques traditionnels sont généralement décevants dans cette pathologie, puisqu'ils ne montrent en principe pas de lésion.

Le 15 septembre 2011, les pièces figurant au dossier de la CNA ont été versées au dossier du recourant par le juge instructeur. Parmi celles-ci figure notamment un rapport du 28 mai 2009 du Dr B. _____, psychiatre-conseil à la CNA, qui après avoir examiné le recourant le même jour, a posé le diagnostic de trouble dissociatif. La partie "appréciation" du rapport du Dr B. _____ a la teneur suivante :

« Cet assuré présente depuis l'accident du 27 juin 2007 des plaintes multiples qui contrastent avec l'absence d'atteinte organique décelable avec les moyens reconnus et admis par l'état de connaissance médicales actuelles.

La symptomatologie que présente cet assuré n'est pas compatible avec un état de stress post-traumatique. En effet, les circonstances mêmes de l'accident n'ont pas provoqué de réaction d'effroi immédiat. D'autre part, l'accident n'a pas mis en danger de manière menaçante la vie même de l'assuré. Enfin l'assuré ne présente pas de reviviscences constantes des scènes de l'accident.

L'assuré ne présente pas de trouble de l'adaptation ni de trouble thymique. Il présente certes des plaintes de troubles du sommeil et d'irritabilité. Mais ces éléments ne suffisent pas à asseoir un diagnostic de trouble dépressif. Il ne présente pas de retrait social marqué. L'humeur est relativement bonne et il ne présente pas de tristesse. Il ne présente pas non plus d'idées de culpabilité ni de dévalorisation.

Les troubles cognitifs dont se plaint l'assuré sont beaucoup trop importants pour être mis sur le compte d'un traumatisme crânien simple ou d'une distorsion cervicale simple. L'ensemble du tableau clinique d'autre part ne correspond pas un syndrome post-commotionnel. Il n'est donc pas possible de retenir un diagnostic de trouble post-commotionnel.

Les plaintes que présente l'assuré ne sont pas objectivables par les examens objectifs. Tous les examens subjectifs font état d'un manque manifeste de participation de l'assuré et donne des résultats qui sont peu convaincants et contradictoires. L'examen actuel met en évidence des troubles de la mémoire de type mémoire lacunaire. Les plaintes sont massives, en particulier de trouble du sommeil et de la vigilance mais elles ne sont pas corroborées par une observation clinique au cours de l'entretien. Il s'agit donc vraisemblablement d'une perception idiosyncrasique de la fatigue et une inclinaison à l'anticipation négative. Les plaintes de troubles mnésiques ne peuvent être considérées comme l'expression d'un trouble dissociatif.

D'autre part, le parcours de soins de cet assuré est très particulier. En effet le nombre de médecins consultés est impressionnant. L'information entre les différents thérapeutes est quasiment inexistante. Ainsi les mêmes examens sont répétés inutilement. Ce fait n'est pas anodin. Il est vraisemblablement induit par la personnalité de l'assuré qui clive les soins.

En conséquence l'expression de ce trouble dissociatif est bel et bien apparue après l'accident du 27 juin 2007. Mais le lien de causalité naturelle entre cet accident et la pathologie psychique que présente actuellement l'assuré ne peut être établi de manière indubitable.

Exigibilité

Les troubles psychiques que présente cet assuré ne sont pas invalidants. Ils ne sont pas à même de rendre impossible toute activité professionnelle. D'un strict point de vue psychiatrique, l'assuré est à même de travailler dans son activité antérieure sans limitation particulière. »

Se déterminant le 6 octobre 2011 sur le rapport du Dr H._____, l'OAI a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). 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 les tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté auprès du tribunal compétent dans le délai légal de trente jours, compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), dès la notification de la décision attaquée, le recours l'a été en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la détermination de sa capacité de travail.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (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, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 ; anciennement art. 28 al. 1 et 29 al. 1 let. b 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).

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256, consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256, consid. 4 ; 115 V 133, consid. 2 ; 114 V 310, consid. 3c ; 105 V 156, consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1).

L'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b ; 125 V 351, consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes 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 125 V 351, consid. 3a ; 134 V 231, consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence,

les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent toutefois 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 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008 ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2).

4. En l'espèce, l'intimé a rejeté la demande de prestations d'invalidité du recourant au motif que celui-ci ne présente aucune atteinte à la santé invalidante. La décision prise par l'OAI se fonde principalement sur l'expertise du BREM du 23 mars 2009. Les experts ayant examiné le recourant dans ce cadre ont en effet tous conclu à l'absence d'atteinte à la santé pouvant entraîner une incapacité de travail. Sur le plan rhumatologique, le Dr Z._____ relève l'incohérence des plaintes exprimées par le recourant, qui refuse par exemple de monter les escaliers menant à son cabinet alors qu'il ne présente aucune atteinte au niveau des muscles des membres inférieurs et qu'il se rend même tous les après-midi dans un fitness. Il ne diagnostique que des séquelles d'une maladie de Scheuermann, affection qui n'a toutefois aucune conséquence sur la capacité de travail.

Sur le plan neurologique, le Dr D._____ relève des discordances dans l'anamnèse : après avoir décrit précisément l'accident au Dr X._____, le recourant n'a notamment plus été capable que d'en ébaucher la description à peine une heure plus tard. Le Dr D._____ constate également que le recourant adopte un comportement différent, selon qu'il se sente observé ou non. Se référant aux examens pratiqués à F._____ le jour de l'accident puis ultérieurement par le Dr G._____,

l'expert neurologue conclut que le recourant n'a subi aucun impact significatif au niveau de la tête et qu'il ne souffre d'aucune lésion post-traumatique.

Sur le plan psychiatrique, le Dr X._____ constate l'absence d'état de stress post-traumatique, faute de symptômes persistants traduisant une hypersensibilité psychique et une hypervigilance, de conduite d'évitement ou de reviviscences envahissantes à l'origine d'un sentiment de détresse, l'accident ne paraissant par ailleurs pas avoir été d'une gravité telle qu'il doive entraîner un tel état. L'expert psychiatre conclut également à l'absence de symptomatologie dépressive. Il relève les difficultés connues par les précédents praticiens qui ont examiné le cas du recourant, le Dr W._____ ayant même évoqué la possibilité d'une simulation, que l'expert n'exclut pas mais pour laquelle il affirme qu'il n'existe pas de preuves formelles. Quant à l'examen neuropsychologique effectué dans le cadre de l'expertise, il démontre également l'absence de troubles neuropsychologiques réels.

Le rapport d'expertise du BREM a été rédigé sur la base d'examens cliniques complets. Il tient compte des plaintes du recourant et de l'ensemble des renseignements médicaux figurant au dossier; les avis exprimés par les différents praticiens consultés par le recourant sont d'ailleurs examinés de façon détaillée par les experts. L'anamnèse est complète pour chaque pan de l'expertise, qui apparaît exempte de contradictions et dont les conclusions, claires et longuement motivées, sont par ailleurs confirmées tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique par d'autres praticiens, qui tous retiennent un manque de collaboration de la part du recourant :

- sur le plan somatique, le Dr V._____ retient une "indubitable" majoration des symptômes d'origine volontaire ou involontaire, et l'absence d'atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur ; le Dr R._____, qui déclare partager l'avis du Dr V._____, évoque également l'hypothèse d'une majoration des symptômes et relève l'absence de lésion somatique objectivable ;

- sur le plan psychiatrique, le Dr B._____, qui ne retient pas d'état de stress post-traumatique ni de trouble dépressif, écarte l'existence de tout trouble psychique invalidant ; quant au psychiatre traitant, le Dr S._____, il constate qu'il reste très difficile d'arriver à une conclusion claire, du fait des informations imprécises et parfois contradictoires données par son patient, et considère ainsi plausible l'hypothèse d'un trouble factice, même si elle est difficile à confirmer.

Quant aux autres rapports médicaux figurant au dossier, notamment ceux des médecins traitants, ils ne remettent pas en cause de façon déterminante les conclusions des experts du BREM. Mme C._____, psychothérapeute, indique, sur la seule base des plaintes émises par le recourant, que ce dernier souffre d'un syndrome post-commotionnel qui le rend inapte à reprendre un travail. Elle s'appuie sur le rapport d'examen neuropsychologique de M. E._____, qui recommande de reconnaître rapidement au recourant une incapacité de travail complète dans son activité habituelle et partielle dans une autre occupation. Quant à la Prof. K._____, qui a examiné le recourant d'un point de vue neuropsychologique, elle indique, tout en évoquant également un manque de collaboration du recourant, que celui présente des plaintes de type post-traumatique ; elle ne se prononce toutefois pas sur sa capacité de travail, l'interprétation des symptômes observés lui paraissant difficile. La Prof. K._____ indique également que le traitement des douleurs dorso-lombaires lui semble devoir se situer au premier plan. Or, le contenu des rapports de M. E._____ et de la Prof. K._____ a été repris et analysé par les experts du BREM, qui ont expliqué de façon détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles ils ne retiennent quant à eux aucun trouble neuropsychologique, du fait notamment de diverses incohérences et irrégularités observées lors des différents examens pratiqués. En ce qui concerne le Dr M._____, médecin traitant, il fait état le 16 novembre 2007 notamment d'un syndrome post-commotionnel ayant comme conséquence une totale incapacité de travail, sans motiver son point de vue. Pour sa part, la Dresse P._____, rhumatologue, ne reconnaît une totale incapacité de travail qu'en ce qui concerne le syndrome post-traumatique crânien, induisant des troubles mnésiques et

attentionnels et un ralentissement ; elle préconise une neuro-réhabilitation, relevant que cette pathologie n'est pas de son ressort, raison pour laquelle son avis en la matière ne saurait être retenu. Enfin, le Dr H. _____ indique que le statut neuro-ophtalmologique du recourant est absolument normal, même s'il relève que les examens cliniques et paracliniques traditionnels sont généralement décevants en ce qui concerne le syndrome commotionnel, pathologie dont lui semble souffrir son patient.

Quant à la méthode diagnostique employée par le Prof. Q. _____, elle a déjà fait l'objet d'une appréciation par le Tribunal fédéral, notamment dans un arrêt récent rendu en matière d'assurance-accidents (TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011, consid. 5.2 et les références citées). La Cour suprême a ainsi rappelé qu'une IRM fonctionnelle (par la technique dite de tenseur de diffusion 3D) ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale, comme l'indiquent également les experts du BREM. Le rapport du Prof. Q. _____ et celui du Dr T. _____, qui se fonde sur le premier, ne sauraient donc être retenus, d'autant plus que le rapport du Dr T. _____ apparaît par ailleurs contenir des imprécisions, notamment lorsqu'il écrit que le recourant était, avant son accident, cadre avec des responsabilités, alors qu'il n'avait effectué, en dernier lieu, qu'une mission temporaire de quelques jours en qualité de contremaître.

Il convient par conséquent de retenir que le rapport d'expertise du BREM remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence pour détenir valeur probante et qu'il n'est remis en cause de façon convaincante par aucun autre rapport médical au dossier. Il s'ensuit qu'une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, sans aucune limitation fonctionnelle ni diminution de rendement, doit être reconnue au recourant au plus tard dès le mois de novembre 2007, soit avant l'échéance du délai d'une année de l'art. 29 al. 1 let. b LAI (dans sa teneur avant le 1^{er} janvier 2008), ce qui ne lui ouvre aucun droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 29 juillet 2009 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 être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours déposé le 11 septembre 2009 par I._____ est rejeté.

II. La décision rendue le 29 juillet 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est maintenue.

III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge du recourant.

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 Pierre Seidler, avocat (pour l. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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 :