COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Jugement du 2 avril 2020

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
MM. Berthoud et Oppikofer, assesseurs
Greffière : Mme Mestre Carvalho

*****

Cause pendante entre :

V._____, à [...], requérante, représentée par Me Jean-Michel Duc, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 61 let. i LPGA ; art. 100 ss LPA-VD.

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la requérante), née en [...], employée à T._____, a été victime d'un accident de voiture le 22 octobre 2010, la voie publique lors duquel, après une collision frontale avec une autre automobiliste, les airbags du véhicule qu'elle conduisait ont éclaté.

Le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 2 novembre 2011, au moyen d'une déclaration d'accident-bagatelle mentionnant une atteinte au niveau du crâne. Dans ce contexte, le Dr H._____, médecin généraliste traitant, a indiqué que l'assurée souffrait d'acouphènes persistants séquellaires à l'accident précité et tolérait très mal les environnements trop sonores, ceux-ci déclenchant des maux de tête ainsi qu'une sensation de vertiges (attestation médicale du 18 avril 2012). L'intéressée, quant à elle, a précisé avoir commencé à entendre des sifflements deux jours après l'accident (questionnaire du 20 septembre 2012). Le Dr D._____, médecin chef au Service d'oto-rhino-laryngologie (ORL) du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier G._____), a pour sa part conclu à un acouphène chronique post-traumatique perturbateur et à un trouble anxio-dépressif (rapport du 15 juillet 2013). Cette procédure s'est soldée par un refus de prise en charge s'agissant des troubles subjectifs ressentis sous forme d'acouphènes (décision du 16 juin 2014, confirmée sur opposition le 21 août 2014).

B. Entre-temps, le 10 décembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), des suites de l'accident précité. Dans ce contexte, elle a notamment précisé qu'elle était employée à T._____ depuis 1990, initialement au tri du courrier et dès 2010 au traitement du courrier endommagé.

D'un rapport établi le 2 décembre 2013 par un spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, il est résulté que l'assurée – employée

dans un premier temps au tri du courrier puis, après réadaptation par l'employeur, au traitement des courriers endommagés dans un local sans bruit – était très démonstrative et excessivement théâtrale et qu'elle démontrait des pertes de l'équilibre de façon répétitive.

Par rapport du 4 décembre 2013, le Dr D._____ et la Dre M._____, médecin-assistante au Service ORL du Centre hospitalier G._____, ont posé le diagnostic incapacitant d'acouphène neurosensoriel chronique post-trauma depuis 2010. Pour ces médecins, l'activité exercée était encore exigible selon un degré à rediscuter en fonction de la gêne de la patiente. Ils ont par ailleurs préconisé une place de travail au calme, dans une activité uniquement en position assise, sans travail avec les bras en-dessus de la tête, sans rotation en position assise ou debout, sans soulever et porter, et sans monter sur une échelle ou un échafaudage ; ils ont ajouté que les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation ainsi que la résistance étaient limitées s'il y avait trop de bruit.

Le 3 mars 2014, l'assurée a produit copie d'un rapport d'expertise établi le 3 septembre 2013 par la Dre B._____, spécialiste ORL, sur mandat de la Q._____. Aux termes de son compte-rendu, l'experte diagnostiquait des acouphènes chroniques bilatéraux post-traumatiques, avec gêne subjective très marquée perturbant la vie quotidienne tant sur le plan privé que professionnel. Pour la Dre B._____, la capacité de travail était et serait dépendante de l'évaluation psychiatrique. Elle proposait que l'intéressée reprenne son travail dans un contexte aménagé le moins bruyant possible à 50 %, puis qu'elle augmente progressivement le temps de travail en fonction de l'évaluation globale.

Par rapport du 5 mars 2014, le Dr H._____ a diagnostiqué des acouphènes post-traumatiques avec atteinte de l'humeur secondaire, depuis le 22 octobre 2010. Il a indiqué que l'incapacité de travail était totale dès le 30 août 2013 dans l'activité habituelle et que demeurait exigible une activité exercée dans différentes positions, principalement en

marchant et sans monter sur une échelle ou un échafaudage ; il a ajouté que les capacités de concentration et d'adaptation étaient limitées.

En date du 5 mars 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens d'un refus de reclassement et de rente d'invalidité. L'office a considéré que l'intéressée disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (milieu calme), telle l'activité habituelle adaptée par l'employeur. Comparant ainsi le revenu auquel l'assurée aurait pu prétendre dans son activité de collaboratrice au service du tri du courrier avec celui qu'elle percevait désormais en tant que collaboratrice au courrier endommagé, l'OAI a arrêté le taux d'invalidité à 12 % – soit un taux ne donnant droit ni une rente d'invalidité, ni à un reclassement professionnel.

Par courrier du 28 mai 2014, l'assurée a contesté le projet précité et produit une déposition écrite du 26 mai 2014 émanant de N._____, connaissance et voisine.

Dans un rapport du 17 juin 2014, le psychologue W._____ a indiqué suivre l'assurée depuis le 2 février 2012. Il a en particulier exposé que suite à l'accident du 22 octobre 2010, l'intéressée avait développé un état dissociatif, un état de stress post-traumatique et un épisode dépressif majeur sans caractéristiques psychotiques (sévérité modérée), la patiente présentant également quelques traits de personnalité immature et obsessionnelle.

Sur mandat de l'OAI, une expertise a été réalisée à la [...] (ci-après : la Clinique C._____) par les Drs K._____, spécialiste en médecine interne, S._____, spécialiste en neurologie, F._____, spécialiste ORL, et Z._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans le rapport y relatif établi le 28 juin 2016, les Drs L._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, K._____ et Z._____ ont retenu le diagnostic incapacitant d'acouphènes chroniques (H93.1) et signalé les atteintes sans impact sur la capacité de travail d'hypoacousie

modérée post-traumatique (H91.9) et de dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme (F43.3) avec état dysthymique (F34.1). Quant à la capacité résiduelle de travail, elle était jugée entière dans un poste de travail sans exposition au bruit, comme celui proposé par T._____ depuis 2010.

Le volet neurologique de l'expertise avait plus particulièrement la teneur suivante :

> "**Appréciation**
>
> […]
>
> Objectivement, on peut mettre en évidence une instabilité à la marche, très fluctuante, atypique et indiscutablement de nature fonctionnelle. En effet, le déséquilibre est intermittent, et spontanément, l'assurée est toujours déviée vers le mur le plus proche. Lors des épreuves debout et d'équilibre, elle reste longtemps dans la même position, semble se concentrer, mais ne chute pas, et ceci est particulièrement relevant lors de l'épreuve de la marche en funambule, durant laquelle l'assurée reste de manière assez prolongée un pied devant l'autre, sans oscillation, ni latéropulsion.
>
> Pour le reste, le statut est normal. En particulier, il n'y a pas de signe vestibulaire, de signe en faveur d'une myélopathie ou d'une atteinte périphérique à caractère proprioceptif.
>
> **Au total, on retiendra chez cette assurée une instabilité à la marche de nature fonctionnelle. D'un strict point de vue neurologique, il n'y a donc pas de diagnostic, ni avec, ni sans répercussion sur la capacité de travail.**"

On extrait par ailleurs ce qui suit du volet otoneurologique de l'expertise :

> "**Conclusions**
>
> On peut parfaitement admettre que *l'atteinte auditive et les acouphènes* qui en résultent sont consécutifs à l'accident. Il n'est pas rare que l'acouphène résultant d'un souffle comme celui créé par le déploiement des airbags ne surviennent que plusieurs heures après l'événement causal. Selon les tabelles CPT/AMA, le déficit auditif est de 5.2 % à droite et de 6.8 % à gauche, ce qui ne représente aucune atteinte à l'intégrité corporelle. Quant à l'acouphène, il peut être considéré comme grave à très grave, représentant une atteinte à l'intégrité de 5 à 10 %. Par contre, les *troubles de l'équilibre* ne peuvent être mis sur le compte d'un désordre vestibulaire, ni périphérique, ni central. J'ai d'ailleurs

indiqué à la patiente que, pour moi, ses troubles de l'équilibre résultaient de l'imaginaire.

Un psychiatre pourra indiquer si un tel désordre peut être consécutif à un trouble post-traumatique ou non. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité qu'on puisse attribuer à un trouble vestibulaire objectivable."

Quant au volet psychiatrique de l'expertise, il comportait les conclusions suivantes :

"**Discussion**

[…]

Ce qui frappe en premier lieu lorsque l'on rencontre l'expertisée est une discordance de la présentation clinique. En effet, bien que l'expertisée exprime son mal-être avec emphase, on se trouve face à une expertisée souriante, non ralentie sur le plan psychomoteur, qui se montre rapidement revendicatrice dans ses propos vis-à-vis du monde médical, notamment par rapport à sa prise en charge hospitalière, consécutive à un accident de voiture. Cette insatisfaction quant à la perception des soins reçus doit être prise en compte comme un facteur susceptible d'amener une péjoration des plaintes.

La question de l'état de stress post-traumatique sera discutée de la façon suivante. Habituellement, ce genre de sujet se présente sous un tableau clinique bien différent, à savoir une retenue et une méfiance dans le contact clinique, ce qui n'est pas observé dans la situation de Madame V._____. Au contraire, l'expertisée est ouverte, souriante, elle ne décrit pas l'émoussement émotionnel caractéristique des états de stress post-traumatiques. Par ailleurs, son discours est fluctuant souvent inductible par rapport aux questions posées. Lorsqu'on demande initialement à l'expertisée de décrire quelles sont les pensées récurrentes durant la journée, l'expertisée signifie d'abord qu'il s'agit de préoccupations centrées autour de ses acouphènes, ce qui peut déboucher sur des idées noires ou suicidaires fugaces (se jeter de son balcon). Par contre, lorsqu'elle est ensuite interrogée de façon plus dirigée sur des pensées ou préoccupations en lien avec son accident, l'expertisée y répond par l'affirmative, inductibilité qui nécessite de relativiser les plaintes. Toujours à l'opposé d'un état de stress post-traumatique, l'expertisée ne décrit aucun cauchemar récurrent de son accident, qu'il soit réplicatif ou semi-réplicatif. L'expertisée ne décrit pas formellement de phénomène de reviviscence, bien qu'elle exprime une anxiété lorsqu'elle se trouve en voiture et qu'un autre véhicule s'approche d'elle. L'expertisée ne décrit pas non plus d'évitement systématique de toute image ou scène lui rappelant son accident. Elle déclare par contre qu'elle évite souvent d'en parler. Elle ne décrit pas non plus de sursaut ou d'état d'hypervigilance permanent, les plaintes étant avant tout focalisées sur son irritabilité consécutive aux acouphènes. Par ailleurs, l'expertisée ne décrit aucune perte d'intérêt et aucun émoussement émotionnel vis-à-vis de ses proches, caractéristiques que l'on devrait observer dans les

états de stress post-traumatique. L'expertisée ne décrit en outre aucune difficulté de concentration. Elle reste en mesure de lire des ouvrages élaborés. Interrogée spécifiquement sur l'état de dépersonnalisation qui est mentionné par son psychologue, l'expertisée ne décrit pas qu'elle se sentait robotisée ou dans un état de rêve après l'accident. Elle a certes été choquée, ce que l'on peut bien imaginer consécutivement à un accident de cette nature. Toutefois, elle ne décrit pas un état de dissociation péri-traumatique qui aurait duré après son accident. Le discours de l'expertisée est rapidement centré sur ses souvenirs de l'hôpital, avec un sentiment de frustration et de colère qui reste dominant par rapport à un potentiel sentiment de dépersonnalisation.

Par ailleurs, afin de tenter d'opérationnaliser un éventuel diagnostic de PTSD, une échelle PCL-S a été administrée, qui donne des résultats en-dessous du seuil admis des sujets qui souffrent d'un état de stress post-traumatique constitué. Pour toutes ces raisons, j'estime que le diagnostic de stress post-traumatique ne doit pas être retenu dans cette situation.

Sur le plan de l'épisode dépressif sévère qui est mentionné dans le dossier, je n'en retrouve pas non plus les caractéristiques. L'expertisée se présente comme une femme souriante, qui décrit une tristesse modérée, consécutive à des acouphènes. Elle mentionne un plaisir conservé, de même que l'intérêt pour ses proches. Il n'y a aucune idée de dévalorisation ou de culpabilité, le discours de l'expertisée étant au contraire projectif (à son avis, c'est l'extérieur qui est responsable de tous ses problèmes). L'appétit est conservé, l'expertisée ne rapporte aucune perte pondérale. Le sommeil est perturbé par les acouphènes. L'expertisée décrit de légères difficultés de concentration, qui n'apparaissent pas de façon fiable et valide : l'expertisée mentionne des lectures complexes (philosophie) et les épreuves cognitives du status AMDP sont correctement effectuées, à l'exception d'une épreuve de calcul qui [a] été échouée, probablement plus en raison du degré d'anxiété lié à l'entretien psychiatrique qu'en raison d'un abaissement de ses capacités cognitives. Par ailleurs, sur une échelle psychométrique de dépression, avec un score MADRS à 15/60, les symptômes dépressifs restent d'intensité légère à très légère, en tenant compte de tendance à la majoration. Par conséquent, si l'on tient compte des légères fluctuations d'humeur de l'expertisée, sans tableau dépressif constitué, un diagnostic de dysthymie peut être retenu. Il s'agit de fluctuations légères de l'humeur, qui ne comportent pas un caractère incapacitant.

Se pose ensuite la question d'un éventuel trouble somatoforme. Si l'on estimait que, sur le plan somatique, l'entier des plaintes de l'expertisée n'était pas explicable, notamment la question des vertiges et des chutes, pourrait se poser la question d'un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme. On pourrait ranger dans ce diagnostic la partie des plaintes de l'expertisée qui s'écartent d'un modèle biomédical, le tout dans un contexte émotionnel particulier, caractérisé par des sentiments de frustration et de préjudice par rapport à la prise en charge de son accident. L'expertisée ne signale aucun autre facteur de stress émotionnel. Selon le descriptif de la CIM-10, on se trouverait face à des plaintes concernant une hyperactivité neurovégétative, avec la présence de

plaintes subjectives que le sujet attribue à un organe ou à un système spécifique, ce qui génère des préoccupations et des craintes quant à la présence possible d'une maladie grave de l'organe ou du système désigné, non soulagées par les explications et les propos rassurants et répétés des médecins.

Se pose dans cette hypothèse la question de l'aspect incapacitant ou non d'une atteinte apparentée au trouble somatoforme.

En ce qui concerne le degré de gravité fonctionnelle et le complexe atteinte à la santé, les éléments pertinents pour discuter des différents diagnostics ont été exposés plus haut. On doit encore retenir ici qu'il existe chez l'expertisée une attitude sous-tendue par des sentiments de frustration et de revendication, par rapport à sa prise en charge médicale. Ces caractéristiques sont retrouvées chez de nombreux sujets qui évoluent vers une majoration des plaintes, qualifiée auparavant de « névrose de rente ». Les plaintes sont exprimées de façon assez démonstrative, avec des discordances et une inductibilité. Bien que l'expertisée décrive d'importantes limitations dans son quotidien, il faut tenir compte dans ce genre de situation de comportements d'autolimitation.

En ce qui concerne le succès du traitement ou de résistance à cet égard, il n'y a pas d'élément susceptible de démontrer un manque d'adhésion à une prise en charge médicale, considéré sous l'angle psychologique. L'expertisée bénéficie toujours d'un accompagnement thérapeutique. Elle a bénéficié par le passé d'une médication psychotrope, qui a été ajustée avec le temps, avec notamment une diminution de ses somnifères. Au vu du status psychiatrique actuel, on ne peut considérer qu'il s'agit de troubles psychiatriques graves et décompensés, qui ne peuvent plus être traités médicalement.

Le dossier ne recense pas d'élément concernant une éventuelle réadaptation ou résistance à cet égard, cette démarche n'ayant pas été entreprise consécutivement à son accident.

En ce qui concerne les comorbidités, bien qu'elles ne soient plus considérées comme étant prioritaires pour juger de l'aspect incapacitant, il faut considérer que l'expertisée ne souffre pas d'un état dépressif grave et décompensé, tel qu'avancé dans le dossier. Il n'y a pas non plus d'évidence pour un état de stress post-traumatique. La dysthymie est la plupart du temps associée aux pathologies psychosomatiques, que l'on considère des douleurs ou d'autres symptômes neurovégétatifs, comme c'est le cas de l'assurée. La dysthymie n'est pas une affection psychiatrique suffisamment grave pour être incapacitante.

En ce qui concerne le complexe lié à la personnalité, on doit considérer qu'avant son accident, l'expertisée disposait de relations interpersonnelles équilibrées, sans indice qui orienterait vers une pathologie fixée de la personnalité. Durant son enfance et son adolescence, l'expertisée décrit un climat favorable. Il n'y a aucun signe psychopathologique précoce. La vie professionnelle de l'expertisée aurait toujours été caractérisée par de bonnes

ressources, que ce soit sur le plan intellectuel ou relationnel. On ne constate par ailleurs aucun traumatisme affectif ou sexuel antérieur qui aurait gravement déstabilisé la construction de la personnalité de Madame V._____.

En ce qui concerne le complexe lié au contexte social, bien que l'expertisée décrive une raréfaction de ses liens et contacts sociaux, il faut tenir compte d'une attitude de passivité et de majoration, avec des comportements d'autolimitation. L'expertisée reste en mesure d'entretenir une relation sentimentale. Elle conserve des liens d'amitié. Elle ne mentionne aucune anhédonie, il n'y a pas d'émoussement affectif qui découlerait d'une grave pathologie psychiatrique. Les ressources pour établir de meilleurs contacts sociaux sont présentes.

Au sujet des facteurs de cohérence, sur le plan strictement psychiatrique, il n'est pas possible de retenir une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie qui découlerait d'une affection psychiatrique grave et décompensée. L'expertisée, en l'absence d'une dépression grave ou d'un état de stress traumatique constitué, dispose des ressources pour investir de façon plus importante la réalité sociale et professionnelle. Des facteurs motivationnels entrent en jeu dans la chronification de l'expertisée, avec notamment l'enkystement dans une position d'insatisfaction par rapport aux soins reçus, facteurs qui entrent en jeu dans cette mauvaise évolution.

Dans ce contexte, sur le plan psychiatrique, **le poids des souffrances alléguées par l'expertisée** mérite d'être relativisé, et ne découle pas d'un tableau clinique cohérent.

Au vu de ce qui précède, je ne peux retenir une ou plusieurs affections psychiatriques susceptibles des générer des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail. On rappellera ici que les troubles psychiatriques graves s'accompagnent de troubles de la pensée, d'une sidération des processus cognitifs et émotionnels, ce qui n'est pas observé dans la situation de l'expertisée. Dans une activité adaptée, j'estime donc que sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est et a toujours été entière."

Se prononçant le 18 juillet 2016, les Drs J._____ et A._____, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), ont suivi les conclusions des experts précités.

Aux termes d'un courrier du 16 novembre 2016 rédigé par son conseil, l'assurée a critiqué les conclusions du rapport d'expertise du 28 juin 2016.

Par avis médical SMR du 1er décembre 2016, les Drs J._____ et A._____ ont maintenu les conclusions de l'expertise de la Clinique C._____.

Par décision de 26 janvier 2017, l'OAI a confirmé son projet du 5 mars 2014 dont il a repris la motivation.

C. Le 21 février 2017, l'assurée a déféré l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

Dans ce contexte, l'intéressée a notamment produit un courrier de T._____ du 27 mars 2012 évoquant un conflit interpersonnel grave et des mesures de réorganisation entreprises dans ce contexte. Elle a également transmis un compte-rendu du 27 avril 2017 du psychologue W._____, exposant que les aspects traumatisants, l'état de dépersonnalisation et l'épisode dépressif majeur avaient pu être traités, mais soulignant l'absence de contextualisation dans les évaluations. Enfin, l'assurée a versé en cause une attestation médicale du Dr H._____ du 3 mai 2017, relevant en particulier qu'il appartenait aux experts de déterminer la source des symptômes vertigineux et qu'en raison d'incertitudes sur les séquelles de l'accident (composante vertigineuse) et de contradictions entre les experts, une nouvelle expertise se justifiait.

Statuant par arrêt du 12 décembre 2017 (CASSO AI 60/17 – 360/2017), la juridiction cantonale a rejeté le recours de l'assurée et confirmé la décision de l'OAI du 26 janvier 2017. Sur le plan somatique, le Tribunal a considéré qu'il y avait lieu de suivre les conclusions des experts de la Clinique C._____ et plus particulièrement des experts S._____ et F._____, dont les Drs D._____ et B._____ se rapprochaient du reste ; quant au Dr H._____, il n'avait apporté aucun élément infirmant ces conclusions. Sous l'angle psychique, la Cour a retenu qu'aucun des avis médicaux au dossier ne jetait le doute sur l'évaluation des médecins de la Clinique C._____, singulièrement de l'expert Z._____. Pour la juridiction cantonale, l'expertise susdite devait donc se voir reconnaître pleine valeur probante, tant sur la question de l'état de santé de l'assurée que sur celle de sa capacité résiduelle de travail ou sur le fait que son activité au sein du service des courriers endommagés – dont il importait peu qu'elle ait débuté en 2010 et 2012 – était adaptée. Sur cette base, la

juridiction cantonale a conclu que la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée (sans exposition au bruit), à l'instar du poste qu'elle occupait au traitement des courriers endommagés. Le calcul de la perte de gain n'étant globalement pas critiquable, la Cour a retenu que le degré d'invalidité de l'intéressée était largement inférieur à 20 % et ne lui permettait de prétendre ni à une rente d'invalidité, ni à une mesure de reclassement.

Cet arrêt, expédié aux parties le 14 décembre 2017, n'a fait l'objet d'aucun recours.

D. Par acte du 9 avril 2019, V._____, désormais représentée par Me Jean-Michel Duc, a déposé devant la Cour des assurances sociales une requête en révision de l'arrêt cantonal du 12 décembre 2017, concluant principalement à la réforme de cet arrêt et à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins avec une rente complémentaire pour enfant avec effet au mois de mars 2014, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. En substance, la requérante invoque un fait nouveau important sous la forme d'un rapport établi le 23 février 2019 par le Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation. De ce rapport, on extrait notamment ce qui suit :

> "**Diagnostics**
> • AVP (choc entre deux voitures) le 22.10.2010 avec :
> ◦ Traumatisme acoustique (éclatement des airbags) avec acouphènes chroniques et hypoacousie
> ◦ Entorse cervicale de grade I selon la Québec Task Force
> ◦ Syndrome post-commotionnel modéré (F07.2)
> ◦ Syndrome de stress post-traumatique (F43.1)
> ◦ Autres troubles somatoformes (F45.8)
> […]
>
> **Appréciation :**
> […]
>
> Cliniquement (examen cible) je relève une légère limitation de la mobilité cervicale, en tenant compte d'une certaine retenue de la part de la patiente ; je déclenche des douleurs neurogènes sous-occipitales G à la palpation. L'examen neurologique, en particulier les épreuves cérébelleuses, est perturbé, mais avec des signes de non organicité, ne permettant pas une évaluation fine ; il ne semble toutefois pas y avoir de troubles majeurs de l'équilibre et/ou de la coordination.

[…]

- Traumatisme acoustique : il ne fait aucun doute que Mme V._____ ait subi un traumatisme acoustique accompagné d'acouphènes ; celui-ci apparaissant dans les 2-3 jours post accident, il est adéquat avec le traumatisme acoustique subi et n'est remis en question par aucun des experts, à ma connaissance
- Entorse cervicale : étant donné la survenue rapide des céphalées occipitales et le mécanisme du traumatisme, avec choc contre l'airbag, sans symptômes ou signes neurologiques décrits, l'on peut retenir initialement une entorse cervicale de grade I selon la Québec Task Force. Toutefois, à 8 ans du traumatisme, sans lésion anatomique visualisée, le syndrome cervico-vertébral actuel (hypertonie symptomatique de la musculature paravertébrale cervicale haute), de degré plutôt léger, n'est plus à mettre sur le compte de l'entorse initiale mais plutôt du syndrome post-commotionnel, de par les troubles de la concentration et/ou anxieux, voire d'une certaine somatisation (voir ci-dessous)
- Le syndrome de stress post-traumatique (PTSD) : au vu des éléments rapportés par la patiente ainsi que par M. W._____, psychologue suivant Mme V._____ dans les suites de l'accident, les critères diagnosti[que]s[…] pour retenir ce syndrome sont à mon sens remplis. Ce syndrome a régressé sans être [tout à fait] résolu, au vu de la persistance de reviviscence diurne comme nocturne (Mme V._____ revoit occasionnellement l'accident, d'un évitement de la conduite automobile en particulier sur autoroute (elle va d'ailleurs vendre sa voiture), d'une altération cognitive et thymique négative suite à ce traumatisme, et d'une hyperréactivité (irritabilité, troubles du sommeil, de la concentration, etc.).
- Un syndrome post-commotionnel : étonnamment jamais évoqué, malgré le type de traumatisme typique subi et malgré la survenue rapide – dans la/les semaines suivantes – d'une symptomatologie caractéristique, comprenant notamment : fatigue, fatigabilité accrue, troubles de la concentration/de l'attention, de la mémoire, du sommeil, vertiges, céphalées, phonophobie, irritabilité, angoisse et troubles thymiques[…]. En effet, bien qu'une partie des symptômes présentés puisse être expliquée par les acouphènes, notamment les troubles du sommeil et la phonophobie, voire les troubles de la concentration, la persistance de ces derniers et l'apparition relativement conjointe et rapide d'autres symptômes dont les troubles mnésiques, les vertiges, la fatigue et fatigabilité accrues, une angoisse et baisse de l'humeur, évoquent la présence d'un syndrome post-commotionnel. […]
Il est de plus à relever que dans un syndrome post-commotionnel, les déficits attentionnels sont fluctuants […], pouvant ainsi donner l'impression de certaines incohérences dans les tests neuropsychologiques. […]
- Troubles cognitifs : le bilan neuropsychologique de 2018 met en évidence des troubles mnésiques, exécutifs, langagiers, et un ralentissement psychomoteur ; suspectant toutefois une participation suboptimale aux tests et estimant les résultats comme partiellement incohérents avec l'autonomie de Mme V._____ dans ses AVQ. Or, […], Mme V._____ n'est pas aussi performante et indépendante dans ses AVQ. L'on retrouve à l'anamnèse directe et indirecte (auprès de sa fille aînée en particulier) des difficultés traduisant bien des déficits attentionnels, exécutifs, mnésiques et un

> ralentissement psychomoteur, qui corroborent bien avec le constat de ce bilan. Il possible qu'il s'y ajoute une amplification de certains déficits (voir ci-dessous), mais cela ne supprime toutefois pas les troubles présentés au quotidien par Mme V._____.
> - Troubles somatoformes : l'examen de ce jour ainsi que les diverses évaluations effectuées évoquent une certaine somatisation et amplification des troubles, en particulier des troubles de l'équilibre. Ces troubles paraissent liés à une importante fragilisation de la confiance en elle-même, envers le milieu médical et assécurologique, dans la mesure où Mme V._____ exprime ne pas avoir été prise au sérieux en plusieurs occasions durant son parcours médical […]. Ces signes de surcharg[e], comme déjà dit, ne permettent cependant pas de gommer les séquelles du traumatisme, dont surtout le syndrome post-commotionnel actuellement ; ils en rendent juste l'appréciation fine plus délicate.
> […]
>
> La grande majorité des éléments anamnestiques de l'accident, de l'évolution, des symptômes et déficits actuels, des bilans et constats objectifs réalisés, orientent vers le diagnostic de syndrome post-commotionnel, de degré au moins moyen […]. A cela s'ajoute[nt] des troubles somatoformes, en particulier quant à l'équilibre – bien que le syndrome post-commotionnel donne classiquement aussi des vertiges/une sensation de tangage – qui démontrent à mon sens le besoin, pour Mme V._____, d'être prise au sérieux et rassurée quant à un certain nombre de ses capacités et quant à sa valeur dans la société.
>
> […]
>
> Conjointement ou avec un léger décalage, Mme V._____ pourrait bénéficier d'un soutien et de mesures de réinsertion professionnelle afin de travailler dans un milieu adapté évitant le bruit (y compris de type open space), en débutant à un pourcentage réduit, à max. 50 % au vu de sa fatigabilité accrue, des troubles de la concentration, mnésiques et exécutifs. Il sera ensuite plus aisé de préciser les séquelles résiduelles, notamment post-commotionnelles de son traumatisme et ainsi sa capacité de travail effective."

La requérante joint également à sa demande un rapport du 12 juillet 2018 émanant de la Prof. I._____, cheffe du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier G._____, et des psychologues U._____ et O._____. Celles-ci y rappellent les diagnostics retenus par les médecins de la Clinique C._____ et se réfèrent à un examen du 14 mai 2018 ayant montré des performances modérément insuffisantes (sur les plans mnésique, exécutif et attentionnel) s'inscrivant de manière prépondérante dans le contexte des troubles psychiques connus. En complément, elles évoquent des performances mnésiques, exécutives et attentionnelles insuffisantes chez une patiente collaborant dans la mesure de ses possibilités, l'épreuve de

validité des symptômes étant toutefois déficitaire et ne permettant pas d'exclure une étiologie fonctionnelle des troubles observés. Elles estiment que l'intensité modérée à sévère des perturbations cognitives observées est faiblement compatible avec une autonomie pour les activités de la vie quotidienne telle que décrite par l'assurée et sa fille.

Dans sa réponse du 12 juillet 2019, l'intimé a conclu au rejet de la demande, se référant à un avis médical SMR de la Dre J._____ 25 juin 2019, exposant ce qui suit :

> "1-on ne peut effectivement pas constater de déficit organique dans un symptôme post-commotionnel, l'étiologie organique et/ou psychique fait débat, on peut apparenter ce diagnostic au TSD (trouble somatoforme douloureux).
>
> 2-il n'y a pas d'éléments en faveur d'une modification de la situation depuis janvier 2017, les mauvais résultats de l'examen neuropsychologique de 2018 pourraient confirmer l'étiologie fonctionnelle des troubles observés, les plaintes cognitives (troubles de l'attention, de la mémoire…) étaient déjà présentes.
>
> 3-il n'y a pas de faits nouveaux sur le plan médical, la symptomatologie est globalement la même.
>
> 4-la situation est la même, le nouveau diagnostic de syndrome post-commotionnel, retenu par le Dr E._____[,] aurait pu être posé auparavant, cela ne change rien aux conclusions antérieures, qui restent valables.
>
> 5-il s'agit effectivement d'une nouvelle appréciation de la même situation.
>
> 6-concernant le RM du Dr E._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation[,] on peut s'étonner qu'il retienne des diagnostics principalement psychiatriques comme le syndrome de stress post-traumatique, qui n'avait pourtant pas été retenu par l'expert psychiatre Dr Z._____ en 2016, un trouble somatoforme, déjà retenu en 2016 mais comme non incapacitant[,] et un diagnostic de syndrome post-commotionnel.
>
> 7-la symptomatologie est la même, le nouveau diagnostic de syndrome post-commotionnel permet de retrouver une grande partie des symptômes annoncés. […] Ici il n'y a pas de modifications des atteintes ou de leurs répercussions depuis l'expertise du 22.06.2016."

Par réplique du 19 août 2019, la requérante a persisté dans ses précédents motifs et conclusions.

Dupliquant le 9 septembre 2019, l'intimé a maintenu sa position.

E n d r o i t :

1. La présente affaire porte sur la révision de l'arrêt rendu le 12 décembre 2017 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

2. **a)** La procédure devant le tribunal cantonal institué pour connaître du contentieux relatif au droit des assurances sociales, conformément aux art. 56 ss LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; R5 830.1), est régie par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021). Dans le canton de Vaud, la procédure de révision d'un jugement cantonal est régie par les art. 100 ss LPA-VD (loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008 ; BLV 173.36).

b) L'art. 101 LPA-VD prévoit que la demande de révision doit être déposée dans les nonante jours dès la découverte du moyen de révision ; dans le cas mentionné à l'art. 100 al. 1 let. b, le droit de demander la révision se périme en outre par dix ans dès la notification de la décision ou du jugement visé. En vertu de l'art. 102 LPA-VD, l'autorité ayant rendu le jugement visé statue sur la demande de révision.

c) En l'espèce, la demande de révision introduite le 9 avril 2019 contre l'arrêt du 12 décembre 2017, notifié le 14 décembre 2017, a été déposée dans le délai légal de nonante jours (art. 101 LPA-VD) dès la "découverte" du moyen de invoqué à l'appui de la demande de révision, soit le rapport du Dr E._____ du 23 avril 2019. Dite demande est ainsi recevable.

L'arrêt du 12 décembre 2017 a par ailleurs été rendu par la Cour de céans, de sorte que la demande de révision ressortit également à la compétence de la présente juridiction (art. 102 LPA-VD).

3. **a)** L’art. 61 let. i LPGA prévoit notamment que les jugements sont soumis à révision si des faits ou des moyens de preuve nouveaux sont découverts ou si un crime ou un délit a influencé le jugement.

Aux termes de l’art. 100 LPA-VD, un jugement peut être annulé ou modifié, sur requête, s’il a été influencé par un crime ou un délit (al. 1 let. a) ou si le requérant invoque des faits ou des moyens de preuve importants qu’il ne pouvait pas connaître lors de la première décision ou dont il ne pouvait pas ou n’avait pas de raison de se prévaloir à l’époque (al. 1 let. b). Les faits nouveaux survenus après le prononcé du jugement ne peuvent donner lieu à une demande de révision (al. 2).

b) Selon la jurisprudence (ATF 144 V 245 consid. 5.1 et les références citées), la notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s’apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d’une décision administrative au sens de l’art. 53 al. 1 LPGA, de révision d’un jugement cantonal conformément à l’art. 61 let. i LPGA ou de révision d’un arrêt du Tribunal fédéral fondée sur l’art. 123 al. 2 let. a LTF (loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110).

c) Sont nouveaux, au sens de ces dispositions, les faits qui se sont produits jusqu’au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables, mais qui n’étaient pas connus du requérant malgré toute sa diligence (ATF 144 V 245 consid. 5.2 et les références citées). La nouveauté se rapporte ainsi à la découverte et non au fait lui-même, lequel doit avoir existé avant l'arrêt dont la révision est demandée (TF 1F_12/2014 & 1F_13/2014 du 22 mai 2014 consid. 3.1). Il y a manque de diligence lorsque la découverte de faits résulte de recherches qui auraient pu et dû être effectuées dans la procédure précédente (TF 2F_3/2019 du 23 juillet 2019 consid. 2.1 et les références citées).

En outre, les faits nouveaux doivent être importants, c’est-à-dire qu’ils doivent être de nature à modifier l’état de fait qui est à la base

de l’arrêt entrepris et à conduire à un jugement différent en fonction d’une appréciation juridique correcte. Les preuves, quant à elles, doivent servir à établir soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n’avaient pas pu être prouvés, au détriment du requérant. Dans ce contexte, le moyen de preuve ne doit pas servir à l’appréciation des faits seulement, mais à l’établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu’un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d’une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l’expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d’autres conclusions que le tribunal (ATF 144 V 245 consid. 5.2 ; 127 V 353 consid. 5b).

4. La requérante soutient, en l’occurrence, que le rapport établi le 23 février 2019 par le Dr E._____ constitue un moyen de preuve nouveau et important justifiant de revenir sur l’arrêt cantonal du 12 décembre 2017.

a) La Cour de céans observe, à titre liminaire, que le rapport précité a été établi sur demande spontanée du conseil de la requérante. Force est toutefois de constater qu’il était loisible à l’intéressée, au stade de la procédure précédente, de solliciter d’autres avis médicaux ; il n’apparaît pas, en tous les cas, que des obstacles dirimants aient, à l’époque, empêché la récolte d’appréciations médicales supplémentaires. Le point de savoir si l’on peut ainsi imputer à l’assurée un défaut de diligence entraînant la déchéance de son droit d’invoquer des motifs de révision peut néanmoins demeurer indécis, dès lors que l’existence d’un motif de révision doit de toute manière être niée pour les motifs développés ci-dessous.

b) Dans son rapport du 23 février 2019, le Dr E._____ a fait état de diagnostics sous forme de traumatisme acoustique avec acouphènes chroniques et hypoacousie, d’entorse cervicale de grade I, de

syndrome post-commotionnel modéré, de syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles somatoformes. Sur cette base, il a estimé que des mesures de réinsertion professionnelles devaient être mises en œuvre à un taux initial de 50 % au maximum dans un milieu adapté, aux fins de déterminer ultérieurement la capacité de travail effective.

aa) Pour ce qui est des diagnostics d'acouphènes et d'hypoacousie, force est de constater qu'ils ont fait l'objet d'une analyse circonstanciée dans le cadre de la procédure antérieure (rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 12 et 19 ; CASSO AI 60/17 – 360/2017 précité consid. 6a/aa et bb) et que le Dr E._____ ne fait, à cet égard, mention d'aucun élément nouveau (rapport du 23 février 2019 p. 4). Il n'y a donc pas, sous angle, le moindre motif de révision.

bb) Le Dr E._____ retient en outre un syndrome de stress post-traumatique et d'autres troubles somatoformes. Toutefois, ces aspects ont déjà été examinés précédemment (rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 16 ss ; CASSO AI 60/17 – 360/2017 précité consid. 6b/aa et bb), examen ayant permis de réfuter l'existence d'un état de stress post-traumatique et de nier toute nature incapacitante à l'atteinte de la lignée somatoforme (soit un dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme). A cet égard, le Dr E._____ – qui ne dispose, au demeurant, d'aucune spécialisation dans le domaine de la psychiatrie – ne met en évidence aucun élément qui aurait échappé aux experts de la Clinique C._____ et plus particulièrement à l'expert psychiatre Z._____. Bien plus, s'agissant du diagnostic d'état de stress post-traumatique, le Dr E._____ se fonde exclusivement sur les plaintes de la patiente et les éléments rapportés par le psychologue W._____ (cf. rapport du 23 février 2019 p. 4), sans intégrer à son analyse l'évaluation détaillée effectuée par l'expert Z._____ ; ses conclusions en sont ainsi d'autant moins convaincantes. En résumé, le Dr E._____ se contente d'opposer sa propre appréciation des faits à celle des experts de la Clinique C._____, ce qui ne suffit pas pour donner lieu à révision.

cc) Les diagnostics d'entorse cervicale et de trouble post-commotionnel sont, en revanche, évoqués pour la première fois dans le rapport du 23 février 2019 du Dr E._____.

Le Dr E._____ retient plus particulièrement, plus de huit ans après les événements du 22 octobre 2010, une entorse cervicale de grade I selon la Quebec Task Force, compte tenu de l'apparition rapide de céphalées occipitales et du mécanisme de choc subi lors de l'accident (rapport du 23 février 2019 p. 4). Il est toutefois douteux qu'une appréciation *a posteriori* aussi succinctement motivée puisse être suivie, alors même qu'aucun des différents spécialistes précédemment consultés n'a reconnu les signes d'une telle entorse. Bien plus, on relèvera qu'une entorse cervicale de grade I présuppose une plainte de douleur, raideur ou sensibilité du cou (cf. Walter O. Spitzer/Mary Louise Skovron/L. Rachid Salmi/J. David Cassidy/Jacques Duranceau/Samy Suissa/Ellen Zeiss, Scientific Monograph of the Quebec Task Force on Whiplash-Associated Disorders : Redefining "Whiplash" and Its Management, *in* Spine, 15 avril 1995, vol. 20, supplément n° 8, p. 6) et que de telles plaintes n'ont en l'occurrence pas été répertoriées, en particulier par le Dr E._____. Ce dernier médecin ne retient, quoi qu'il en soit, aucune limitation concrète liée au diagnostic d'entorse cervicale, soulignant notamment l'absence de lien avec le léger syndrome cervico-vertébral observé à l'examen. Partant, on ne saurait voir là un motif de révision.

Quant au diagnostic de syndrome post-commotionnel, la Cour de céans relève qu'il repose sur une motivation lapidaire ne contenant aucun développement objectif, le Dr E._____ renvoyant exclusivement à des notions générales (la typologie du traumatisme) et aux plaintes subjectives de l'assurée (fatigue, fatigabilité accrue, troubles de la concentration/de l'attention, troubles de la mémoire, troubles du sommeil, vertiges, céphalées, phonophobie, irritabilité, angoisse et troubles thymiques), tout en considérant d'ailleurs qu'une partie de ces plaintes (troubles du sommeil, phonophobie, troubles de la concentration) s'explique par les acouphènes (rapport du 23 février 2019 p. 4 s.). Le syndrome post-commotionnel relève, du reste, d'un trouble mental ou du

comportement selon la Classification international des maladies (CIM-10, Chapitre V [F], F07.2), soit principalement de la sphère psychiatrique (avis médical SMR du 25 juin 2019), et excède ainsi le domaine de spécialisation du Dr E._____. A cela s'ajoute que ce diagnostic vise les syndromes survenant à la suite de traumatismes crâniens habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance (cf. Classification internationale des maladies, CIM-10, Chapitre V, Troubles mentaux et du comportement [F], F07.2). De telles circonstances font pourtant défaut en l'état du dossier, en l'absence de traumatisme crânien avéré – la seule évocation d'un choc au crâne dans la déclaration d'accident-bagatelle du 2 novembre 2011 n'ayant pas valeur de diagnostic médical – ou de perte de connaissance (« *elle ne perd pas connaissance et sort du véhicule* » [rapport du 23 février 2019 p. 1]). Si dans ce contexte le Dr E._____ a encore mentionné des troubles cognitifs, il y a lieu de souligner qu'une telle problématique avait également été adressée par les experts de la Clinique C._____, lesquels avaient alors évoqué des plaintes au niveau de la concentration n'apparaissant pas de manière fiable et valide, le tout chez une assurée s'exprimant de manière assez démonstrative, avec des discordances et une inductibilité (rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 17). Il suit de là que les difficultés cognitives décrites au Dr E._____ par l'assurée et son entourage, difficultés du reste empreintes d'amplification (rapport du 23 février 2019 p. 5), ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts. Quant au bilan neuropsychologique réalisé au Centre hospitalier G._____ en 2018, il a montré des performances modérément insuffisantes s'inscrivant de manière prépondérante dans le contexte des troubles psychiques connus (rapport du 12 juillet 2018 p. 1), respectivement des performances insuffisantes d'étiologie potentiellement fonctionnelle compte tenu d'une épreuve de validation déficitaire, les résultats obtenus étant en outre peu compatibles avec l'autonomie décrite par l'assurée et sa fille pour les tâches du quotidien (ibid. p. 2 s.). Force est d'admettre que de telles constatations font écho à l'appréciation nuancée émise par les experts de la Clinique C._____. En tout état de cause, il n'y a en principe pas lieu de voir dans chaque modification ou correction *a posteriori* d'un diagnostic un motif de révision, étant précisé que les nouveaux résultats d'examen font

exception lorsqu'ils démontrent que le médecin ou l'autorité compétente auraient dû, dans la procédure initiale, exercer leur pouvoir d'appréciation d'une façon nécessairement différente et parvenir à un autre résultat (TF 9C_586/2018 du 7 janvier 2019 consid. 3.1 et les références citées [en matière de révision procédurale]). Or, en l'occurrence, on ne se trouve manifestement pas dans un tel cas d'exception, le bilan neuropsychologique réalisé au Centre hospitalier G._____ mettant en lumière des incohérences et ne fournissant aucun élément concret et objectif infirmant les conclusions des experts de la Clinique C._____. On relèvera finalement qu'en présence d'atteintes relevant de la sphère psychique ou psychosomatique, comme en l'espèce, l'évaluation ne doit pas se limiter au diagnostic mais doit bien plutôt être centrée sur les ressources résiduelles de l'assuré, à l'aune d'un catalogue d'indicateurs prédéfini (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). Or le Dr E._____ ne s'est guère penché sur cette problématique, contrairement aux experts de la Clinique C._____ qui ont procédé à un examen fouillé à l'aune des indicateurs susmentionnés (rapport d'expertise du 28 juin 2016 p. 17 s.) et ce de manière pleinement probante (CASSO AI 60/17 – 360/2017 précité consid. 6b). Pour l'ensemble des raisons qui précèdent, le diagnostic de trouble post-commotionnel mentionné par le Dr E._____ peut tout au plus être vu comme l'appréciation différente d'un état de fait inchangé et ne saurait, en tous les cas, justifier la révision de l'arrêt cantonal du 12 décembre 2017.

c) A la lumière de ce qui précède, force est de constater que les conditions d'une révision de l'arrêt cantonal précité ne sont pas réunies.

5. **a)** En définitive, la demande de révision introduite le 9 avril 2019 contre l'arrêt du 12 décembre 2017 ne peut qu'être rejetée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure de révision étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer des dépens, la requérante n'obtenant pas gain de cause.

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

I. La demande de révision déposée le 9 avril 2019 par V._____ est rejetée.

II. Il n’est pas perçu de frais judiciaires.

III. Il n’est pas alloué de dépens.

La présidente : La greffière :

Du

Le jugement qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Jean-Michel Duc (pour V._____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent jugement 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 :