

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 juin 2023

---

Composition : M. NEU, président  
M. Küng et Mme Rondi, assesseurs  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

L. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Procap, à Bienne,

et

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

---

**Art. 6 s., 17 et 61 let. c LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 LAI ; 88a al. 2 RAI**

**E n f a i t :**

**A.**        **a)** L. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), célibataire sans enfant, est né en [...]. Titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) d'employé de commerce obtenu en [...], il est actif depuis lors dans le domaine de la logistique et des transports internationaux de marchandises au service de divers employeurs.

**b)** Le 28 septembre 1996, l'assuré a été victime d'un grave accident de la circulation qui lui a causé un traumatisme crânio-cérébral (TCC) et l'a plongé dans le coma pendant sept jours. Il a bénéficié d'une rééducation au sein de l'Hôpital de [...] avec une prise en charge neuropsychologique pour les séquelles de cet ordre. Il a repris le travail à plein temps, tout en présentant plusieurs arrêts de travail, soit à 100 % du 1<sup>er</sup> au 6 mars 2016 et du 21 mars au 3 avril 2016, à 100 % du 2 au 14 novembre 2016, à 50 % du 28 novembre 2016 au 5 mars 2017, puis à nouveau à 100 % du 6 mars au 18 avril 2017. Il souffrait alors de migraines avec aura, surtout visuelle, de quelques troubles du langage suivis de céphalées assez intenses susceptibles de durer entre vingt-quatre et quarante-huit heures avec nausées, sono-photo et osmophobie, le tout à fréquence bimensuelle (rapport du 14 novembre 2016 du Dr S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie).

L. \_\_\_\_\_ a déposé une première demande de prestations de l'assurance-invalidité le 7 mars 2017, en raison des troubles neurologiques consécutifs au TCC de 1996 (mémoire et fonctions exécutives avec un comportement de type frontal partiellement amélioré, persistance d'une fatigue cognitive empiétant également sur une expression émotionnelle et modification de la personnalité) ainsi que de troubles psychiques (personnalité émotionnellement labile de type impulsif et état de stress post traumatique depuis 1996).

Dans un rapport du 30 mars 2017, le Dr N. \_\_\_\_\_, médecin traitant à l'époque, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un traumatisme crânio-cérébral le 28 septembre 1996 avec séquelles

neuropsychologiques. Lors de sa consultation du 28 novembre 2016, ce médecin a indiqué que l'assuré se plaignait d'asthénie, de troubles du sommeil (réveil nocturne), de nervosité et de difficulté à supporter les personnes qui l'entouraient, de fatigue constante, d'idées pessimistes (envie d'être mort, mais sans idéations suicidaires), de difficulté de concentration et de réduction du plaisir. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de son patient de 50 % dès le 28 novembre 2016. Lors d'une nouvelle consultation le 7 mars 2017, il a revu l'assuré après que celui-ci ait eu un conflit avec un collègue et constaté une dégradation de son état de santé psychique (insomnie, rumination sur le conflit, envie de mourir, angoisse importante et idées noires) justifiant un arrêt de travail de 100 % dès le 6 mars 2017, avec reprise en principe le 18 avril 2017. Il a décrit un patient qui présentait quelques signes de tension névrotique et dont l'humeur était manifestement anxieuse, qui racontait avec précision toute son histoire et en particulier son incapacité à supporter longtemps la présence d'autres personnes. L'anamnèse systématique retrouvait quelques symptômes dépressifs légers, et surtout de l'anxiété. Il n'y avait pas d'hallucination, ni de signe de psychose. Le pronostic était réservé en raison de la persistance des troubles depuis une vingtaine d'années, mais une activité professionnelle restait possible dans un cadre protégé en évitant de travailler avec beaucoup de monde autour de lui ; la présence des autres, vécue comme oppressante, entraînait un stress et un état d'épuisement qui empêchaient l'assuré de contrôler ses émotions et de gérer les relations professionnelles, ce qui justifiait cette incapacité de travail de 50 %, afin d'éviter la survenance de conflits avec les collègues et de symptômes anxiodépressifs (troubles de la concentration, insomnie, angoisse, fatigue et difficultés de mémoire).

Dans un rapport du 6 juin 2017, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, traitant l'assuré depuis le 22 décembre 2016, a posé les diagnostics incapacitants de personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.30) et d'état de stress post-traumatique (F43.1), existant depuis 1996. Ce médecin a indiqué que le traumatisme physique et psychologique subi lors du grave accident de voiture avec un TCC avait changé le caractère de l'intéressé et l'ayant

rendu impulsif et susceptible. Bien qu'il avait continué à travailler et maintenu ses activités, il souffrait d'une hypersensibilité sensorielle, en particulier sur les plans auditif et visuel. Cela lui demandait beaucoup d'effort pour s'isoler autant que possible de ces stimuli et augmentait sa fatigabilité ainsi que son hypersensibilité à la présence des autres. L'effort cognitif consenti pour continuer à exercer son métier dans ces conditions de surstimulation sensorielle se répercutait sur son efficacité, sa productivité et sa fatigabilité, ce qui l'avait conduit à changer régulièrement d'employeur. De l'avis de ce psychiatre, à la suite d'une prostatite infectieuse, l'assuré avait vécu une réactualisation de ses angoisses de mort et d'abandon liées à son état de stress post-traumatique, ce qui l'avait conduit à consulter. L'intéressé se montrait impulsif, émotionnellement instable dans les relations sociales, avec des troubles de l'image de soi. Son hypersensibilité sensorielle exacerbait l'intensité de ses réactions émotionnelles négatives et il ne parvenait pas à réguler ses émotions, éprouvant la peur d'agresser les autres. Ses humeurs étaient très changeantes, entre colère, anxiété et déprime. Il mentionnait des désirs de destruction et d'autodestruction, des sentiments de trahison et de victimisation. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a suggéré une reconversion professionnelle avec une évaluation des compétences ainsi que des mesures de réorientation professionnelle en faveur de son patient.

Du 31 octobre 2017 au 30 janvier 2018, l'assuré a bénéficié d'une mesure de « job coaching » destinée à évaluer les possibilités d'aménagement de son lieu de travail ainsi que la compatibilité du poste avec son état de santé déficient. Cette mesure d'intervention précoce s'est ensuite prolongée jusqu'à la fin du mois de septembre 2018. Le document intitulé « REA - Rapport final » du 26 novembre 2018 retenait une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et d'au moins 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (hypersensibilité sensorielle, fatigue et fatigabilité accrue, comportement impulsif, instabilité émotionnelle dans les relations sociales et troubles de l'image de soi ; difficulté à réguler ses émotions, tendance à les cacher par peur d'agresser les autres ; humeur fluctuante avec colère, anxiété et

déprime ; désirs de destruction et d'autodestruction, avec sentiments de trahison et de victimisation). Dans l'intervalle, l'assuré avait recherché à travailler à un taux de 70 % et obtenu un contrat de travail de durée déterminée à ce taux en qualité de « Logistics Coordinator » dans une entreprise au sein de laquelle il avait déjà œuvré par le passé. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2019, il avait trouvé un emploi pour une durée indéterminée en tant que « responsable transports et vente » au service de l'entreprise E. \_\_\_\_\_ SA ; il travaillait seul dans un bureau et dans le respect de ses restrictions fonctionnelles liées au bruit et à la lumière. Ce métier devait s'exercer à un taux d'occupation de 40 % pouvant progressivement atteindre un 80 % ; un taux de 50 % a finalement été retenu.

Par décision du 18 septembre 2019, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a octroyé à l'assuré une demi-rente d'invalidité pour la période allant du 1<sup>er</sup> novembre 2017 au 30 septembre 2018, au motif que, dans le cadre de la mesure d'intervention précoce sous la forme d'un « job coaching » prolongée jusqu'au 30 septembre 2018, une capacité de travail exigible de 80 % avait pu être mise en valeur ; après comparaison des revenus, le degré d'invalidité de 20,46 % était insuffisant pour garantir le maintien du droit à la prestation d'assurance dès le 1<sup>er</sup> octobre 2018.

**c)** Dans le document intitulé "Questionnaire pour la révision de la rente" déposé le 13 février 2020, l'assuré, œuvrant en tant que collaborateur import/export au service d'une entreprise active dans le transport international, a fait part d'une modification de 40 à 50 % de son taux d'activité et d'une aggravation de son état de santé ; bien qu'il avait appris à vivre avec ses difficultés, il ressentait une faiblesse grandissante et tout devenait un effort pour lui. Il a joint en annexe au questionnaire, un rapport du 30 janvier 2020 du Dr C. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, assisté de W. \_\_\_\_\_, docteur en psychologie. Posant les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (avec traits narcissiques et dépendants) F60.30, de trouble déficitaire de l'attention (sans hyperactivité), d'utilisation nocive pour la santé de substances multiples (cocaïne, ecstasy, cannabis et alcool)

d'origine secondaire (actuellement abstinent) F19.1 et de status post traumatisme craniocérébral (accident automobile en 1996) avec séquelles neuropsychologiques chroniques S 06, le psychiatre traitant évaluait la capacité de travail de l'assuré à 50 % dans un environnement adapté aux limitations fonctionnelles (*liées aux séquelles du traumatisme craniocérébral* : hypersensibilité à la lumière et aux bruits, difficultés à gérer l'information dans les situations de stress, migraines, troubles de la mémoire, fatigabilité accrue ; *liées à la présence d'un TDA-H* : troubles de l'attention et de la concentration, troubles du sommeil ; *liées au trouble de la personnalité émotionnellement labile* : intolérance à la frustration, impulsivité, faible résistance au stress avec la possibilité de conflits interpersonnels, le tout s'accompagnant d'une « mésestimation chronique » de ses propres capacités).

Estimant que le rapport précité consistait en une « appréciation différente des mêmes faits » qui n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail exigible de 80 % dans une activité adaptée (documents intitulés « compte rendu de la permanence SMR » établi le 14 février 2020 et « compte rendu de la permanence juriste » établi le 25 février 2020), l'OAI a, par projet de décision du 10 mars 2020, fait part à l'assuré de son refus d'entrer en matière sur sa nouvelle demande (révision) de prestations.

Dans le cadre des objections formulées le 27 mai 2020 contre ce préavis, l'assuré, par son conseil Denis Dougoud de Procap Centre de conseils en assurances sociales Lausanne, a produit un rapport du 16 avril 2020 du Dr C.\_\_\_\_\_ assisté de W.\_\_\_\_\_, qui a répondu aux déterminations du SMR (Service médical régional de l'assurance-invalidité) en précisant l'importance de la dimension narcissique de la personnalité de l'assuré, aggravant le trouble de la personnalité, péjorant le pronostic et entravant la thérapie. Ce psychiatre traitant mentionnait également le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention ainsi que les séquelles neuropsychologiques évaluées sur la base d'un nouvel examen neuropsychologique réalisé le 14 novembre 2019 par B.\_\_\_\_\_, psychologue FSP, faisant état d'un « dysfonctionnement exécutif avec un

grand ralentissement dans le traitement de l'information, des difficultés d'incitation verbale, un déficit de flexibilité ; des troubles attentionnels avec des erreurs et omissions, ralentissement des temps de réaction » et indiquant qu'« en comparaison avec l'examen datant de 3,5 ans on constat[ait] une altération des fonctions exécutives et attentionnelles dont l'origine [était] probablement médicamenteuse ». Le Dr C. \_\_\_\_\_ observait que cette dernière remarque se rapportait principalement à la prise de Temesta®, alors qu'une médication unique de Cipralex® 10 mg ne pouvait être à l'origine de l'aggravation décrite. L'autre hypothèse à l'origine des difficultés constatées était celle d'un syndrome de surcharge. La psychologue conseillait l'exercice d'une activité professionnelle à mi-temps.

L'assuré a demandé à l'OAI d'instruire sa nouvelle demande de prestations et d'examiner les conditions d'une révision au sens de l'art. 17 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) de la décision initiale d'octroi d'une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps.

Se ralliant au point de vue du SMR (documents intitulés « compte rendu de la permanence SMR » établis les 29 mai et 2 juin 2020), l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations formulée au mois de février 2020.

Le 14 juillet 2020, le conseil de l'assuré a remis à l'OAI un nouveau rapport d'examen neuropsychologique ambulatoire du 2 juillet 2020. La psychologue FSP B. \_\_\_\_\_ a mis en évidence des « troubles de l'attention sous forme de ralentissement de vitesse de traitement de l'information, des difficultés d'attention sélective visuelle et auditive, d'attention divisée, d'inhibition de l'impulsivité, de flexibilité gauche/droite, des troubles de la mémoire antérograde (déficit d'encodage et de récupération, insuffisamment amélioré par la situation de reconnaissance) ». En comparaison avec l'examen effectué sept mois auparavant, la psychologue constatait une amélioration de toutes les performances (plus rapides et moins erronées) mais la persistance d'un

ralentissement dans le traitement de l'information et des difficultés d'attention ; en comparaison avec l'examen effectué quatre ans auparavant, elle constatait une grande baisse de la mémoire et de l'attention qui étaient amplement dans les normes. La psychologue évoquait un tableau cognitif probablement séquellaire au TCC avec une aggravation peut-être liée à un état de fatigue chronique. Elle indiquait que les troubles de l'attention postérieurs au TCC étaient semblables à ceux d'un trouble déficit d'attention mais leur origine était différente. Elle précisait que la prise de Ritaline® (ou médicament apparenté) pouvait provoquer un épuisement cognitif lors de déficit cognitif post TCC. Elle ajoutait encore que la fatigabilité lors de stimulation banale comme une conversation, l'hypersensibilité aux stimulations visuelles, auditives ou tactiles étaient fréquemment rapportées comme séquelles persistantes d'un TCC et recommandait le télétravail ou le travail dans un bureau seul afin d'éviter un épuisement ; un travail à temps partiel à 50 % était indiqué pour permettre à l'assuré de récupérer de la fatigue cérébrale engendrée par quatre heures de travail.

Le 2 septembre 2020, le Dr C.\_\_\_\_\_, assisté de W.\_\_\_\_\_, a répondu comme suit aux questions complémentaires de l'OAI :

*"1) Quelle est l'évolution de l'état de santé depuis votre dernier rapport ?*

Depuis janvier 2020, M. L.\_\_\_\_\_ a progressivement pris conscience et accepté la réalité de ces limitations fonctionnelles. De ce fait, il a cessé progressivement d'effectuer des heures de travail supplémentaires au-delà d'un taux de 50% ce qui l'amenait rapidement à s'épuiser. Ceci avait pour conséquences une majoration de ses troubles neuropsychologiques séquellaires et venait renforcer son trouble de la personnalité. En respectant la limite raisonnable des 50% (4 heures de travail par jour maximum) le patient constate une réduction de la fatigue cérébrale : réduction des troubles attentionnels, des migraines, de l'hypersensibilité à la lumière et au son. On note également une meilleure compensation du trouble de la personnalité avec une réduction de la labilité émotionnelle, de l'impulsivité et une réduction des risques de conflits interpersonnels. En outre, ceci a permis au patient de s'engager dans une relation affective stable.

Au plan neuropsychologique, le dernier examen du 2.7.2020 met en évidence une amélioration mise en lien avec un moindre état d'épuisement cérébral mais cet examen (commenté au point 9 et dont une copie est jointe à ce rapport) montre d'une part la persistance d'altérations neuropsychologiques significatives mais

encore une majoration de troubles de la mémoire. La capacité de travail évaluée au plan neuropsychologique reste de 50%.

2) *Quelle est la capacité de travail dans l'activité habituelle ?  
Depuis quand ?*

Depuis au moins le début de notre suivi le 15.11.2018 et probablement depuis 1996 date de son accident, la capacité de travail de M. L.\_\_\_\_\_ est de maximum 50% dans une activité adaptée qui tient compte de ses limitations et d'une légère baisse de rendement. Son emploi actuel à 50% dans son domaine d'activité habituel tient compte de ses limitations mais pas de la baisse de rendement si bien que le patient se plaint à intervalles réguliers d'une importante fatigue ce qui est inquiétant quant au maintien d'un équilibre pérenne.

3) *Quelle est la capacité de travail dans une activité adaptée ?  
Depuis quand ?*

Comme décrit au point 2, le patient travaille actuellement à un poste de travail adapté et qui tient compte de ses limitations mais seulement en partie de sa baisse partielle de rendement. Une meilleure prise en compte de la baisse de rendement devrait améliorer l'état de fatigue ressenti et mieux le préserver de nouvelles phases d'épuisement mais on ne s'attend pas à une amélioration de la capacité de travail.

4) *Quelles sont les limitations fonctionnelles d'ordre strictement médical ?*

A l'équilibre comme actuellement, liées aux séquelles du traumatisme craniocérébral : troubles de l'attention et de la concentration avec difficultés majorées à gérer l'information dans les situations de stress, troubles de la mémoire, fatigabilité accrue, migraines, hypersensibilité à la lumière et aux bruits et troubles du sommeil. Une partie de ces symptômes qualifiant un TDA-H dont l'origine peut être discutée entre préexistant en partie ou entièrement découlant du TCC de 1996. Ensuite liées au trouble de la personnalité émotionnellement labile : faible résistance au stress, intolérance à la frustration, impulsivité, avec la possibilité de conflits interpersonnels. L'ensemble de ses difficultés se majorant dans les périodes d'épuisement notamment quand le patient ne respecte pas ses limitations.

5) *Quels sont les dates et les taux précis des arrêts de travail ?*

Depuis le début du suivi, le patient ayant un emploi à 50%, nous ne lui avons pas rédigé d'arrêt de travail.

6) *Quels sont les traitements en cours et la compliance à ces derniers ?*

Il s'agit d'une prise en charge de type TPPI. Le Dr C.\_\_\_\_\_ s'occupe du volet psychiatrique psychopharmacologique (Cipralex 10mg, 1 cp 1x/j) et de l'articulation avec votre office. La prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire en délégation est effectuée par le Dr Psych. W.\_\_\_\_\_. La compliance est excellente.

7) *Est-ce que la médication de benzodiazépines prescrite produisant des effets secondaires incapacitants a pu être substituée ?*

Comme nous l'avons décrit dans notre certificat du 16.4.2020, M. L.\_\_\_\_\_ n'a jamais bénéficié depuis que nous le suivons d'un traitement régulier par benzodiazépines. Le patient n'a fait usage qu'à 2 ou 3 reprises de Temesta Exp. 1mg et ce bien avant l'examen neuropsychologique du 14.11.2019 ou du 2.7.2020. L'usage de benzodiazépines ne rentre donc pas en ligne de compte dans les difficultés du patient.

8) *Est-ce que les adaptations du poste de travail énumérées selon le rapport d'examen neuropsychologique du 14.11.2019 ont été mises en œuvre ?*

Oui. La majorité des recommandations étaient déjà en œuvre au temps de cet examen neuropsychologique. Elles ont été complétées sans amélioration de la capacité de travail mais plutôt avec comme effet de prévenir toute dégradation de celle-ci.

9) *Concernant ce même rapport, pouvez-vous demander à Madame B.\_\_\_\_\_ qu'elle explicite les tests des évaluations des symptômes qui ont été utilisés et leur résultat ?*

Nous avons fait transmettre votre souhait à Mme B.\_\_\_\_\_ via le patient et celle-ci a rajouté des informations complémentaires plus détaillées sur les tests employés dans son rapport (copie annexée) concernant la dernière évaluation faite le 2.7.2020.

Dans ce dernier rapport elle relève : « En comparaison avec l'examen datant de 7 mois on constate une amélioration de toutes les performances (...) mais la persistance d'un ralentissement dans le traitement de l'information et de difficultés d'attention. En comparaison avec l'examen datant de 4 ans on constate une grande baisse de la mémoire et de l'attention qui étaient amplement dans les normes. » Plus loin : « Au vu de l'évolution objectivée aux 5 examens réalisés en 23 ans (...) le présent tableau cognitif est probablement séquellaire du TTC de 1996 (...) avec une aggravation peut être lié à un état de fatigue chronique ». Elle retient une nouvelle fois une capacité de travail de 50% (maximum 4 heures/jour) dans une activité adaptée. Elle relève enfin la probabilité, classique dans le suites d'un TCC, d'une accentuation du vieillissement et recommande un ensemble de mesures visant à la prévenir. Ainsi, non seulement nous ne nous attendons pas à une amélioration future de la capacité de travail actuelle, nous pouvons plutôt craindre que celle-ci ne se détériore. Nos efforts visent tous une stabilisation durable de ce point de vue.

10) *Est-ce que sur le plan médical, l'assuré est-il apte à la conduite ? Pourquoi ?*

La prise de conscience par le patient de ses séquelles neuropsychologiques l'ont conduit à renoncer presque entièrement à la conduite automobile ce qui nous semble être une sage décision."

Invité par l'OAI à se positionner sur le cas à l'aune des éléments recueillis dans le cadre de la procédure d'audition, le SMR, par la voix du Dr T.\_\_\_\_\_, a estimé qu'un taux de travail de 50 % était un choix personnel de l'assuré et ne démontrait pas une aggravation de son état de santé psychique à « un taux reconnu comme exigible de 80 % ». Selon ce

médecin-conseil, l'appréciation différente de la capacité de travail par le psychiatre traitant était motivée en partie par une « éventuelle prévention d'une hypothétique aggravation ». Par ailleurs, l'évaluation neuropsychologique ne retenait pas d'aggravation du fonctionnement neurocognitif depuis 2019 ; il était peu vraisemblable que le vieillissement, même accéléré, ait pu engendrer une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée de 30 % en quelques mois. Au final, en l'absence d'éléments objectifs en faveur d'une péjoration récente de l'état de santé de l'assuré, les conclusions de la décision de rente initiale restaient de mise et ne pouvaient être modifiées (avis médical « audition » du 4 novembre 2020).

Par projet de décision du 10 novembre 2020, l'OAI a retenu l'absence d'aggravation de l'état psychique de l'assuré et confirmé le taux de capacité de travail exigible de 80 %, conduisant au rejet de la nouvelle demande de prestations du 13 février 2020.

A l'appui de ses objections formulées le 6 janvier 2021 contre ce préavis, l'assuré, agissant par son conseil, a remis à l'OAI un nouveau rapport du 11 décembre 2020 du Dr C.\_\_\_\_\_ et de W.\_\_\_\_\_. Ce rapport indique en particulier que l'assuré a travaillé à un taux effectif d'environ 70 %, supérieur à son taux contractuel de 50 %, par crainte de perdre son emploi, avec l'apparition d'une dégradation de l'ensemble de ses symptômes ainsi que d'une symptomatologie dépressive au point qu'à fin 2019, il envisageait de tout quitter pour une vie itinérante. Sa décision de respecter son taux contractuel lui avait permis de garder son poste sans devoir recourir à des arrêts de travail, de réinvestir une vie sociale ainsi qu'une nouvelle relation affective. Aux dires de ses soignants, l'aggravation de son état de santé à un taux d'occupation supérieur à 50 % n'était pas une hypothèse mais un fait éprouvé dans la réalité, et ne relevait ni d'une mesure préventive hypothétique, ni d'un choix personnel de l'intéressé, lequel avait eu beaucoup de difficultés à s'y soumettre.

Au terme d'un examen des derniers éléments récoltés au dossier, le SMR a dressé le bilan suivant (avis médical « audition » du 17 février 2021 du DrT. \_\_\_\_\_) :

“En conclusion, avant de formuler différentes hypothèses à but explicatif, le psychiatre traitant indiquait clairement que l'origine de la demande de révision repose sur un « écart entre son impression globale des capacités de l'assuré et la décision formulée par l'office AI », qui n'a cependant pas été contestée. Depuis lors, selon les éléments à disposition, nous ne mettons pas [en évidence] de modification significative et objective de l'état de santé par rapport à celui retenu antérieurement. A ce stade, la demande repose essentiellement sur une impression subjective de fatigue lorsque le taux d'activité dépasse 50%, et nous n'avons pas de motif pour retenir un travail au-dessus des forces de l'assuré en considérant que la CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] a été précédemment correctement évaluée et que les postes subséquents pouvaient être considérés comme strictement adaptés.”

Suivant le point de vue du SMR, l'OAI a, par décision du 4 mars 2021, rejeté la demande de prestations de février 2020, au motif que la capacité de travail de 50 % était maintenue par choix personnel et permettait un bon fonctionnement mais ne démontrait pas une aggravation de l'état psychique de l'assuré, qui conservait dès lors une capacité de travail exigible de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé déficient ; il s'agissait d'une appréciation différente de la capacité de travail du médecin traitant. Aux termes d'un courrier d'accompagnement du même jour faisant partie intégrante de sa décision, l'OAI a estimé que les arguments invoqués par le conseil de l'assuré n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de son projet de décision, lequel reposait sur une instruction complète sur le plan médical et économique et était conforme en tous points aux dispositions légales.

**B.** Par recours déposé le 23 avril 2021 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, L. \_\_\_\_\_, représenté par Procap, a conclu, avec dépens, à la réforme de la décision précitée par l'octroi d'au moins une demi-rente d'invalidité, et subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée ainsi qu'au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des

considérants. Il a reproché à l'OAI d'avoir mal instruit son cas sur le plan médical, contestant la valeur probante de l'avis du SMR dont la spécialisation de son auteur n'était pas connue et lui préférant l'avis divergent de son psychiatre traitant, le Dr C.\_\_\_\_\_.

Dans sa réponse du 28 juin 2021, l'OAI a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision querellée, fondée sur un avis probant du SMR.

Dans sa réplique du 29 juillet 2021, persistant dans ses précédentes conclusions, le recourant a insisté sur la nécessité de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise « externe ».

Dans sa duplique du 30 août 2021, l'OAI a derechef maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

Le 6 janvier 2022, le recourant a produit un rapport du 8 novembre 2021 du Dr S.\_\_\_\_\_ qui, soumis par l'intimé au SMR, n'a pas conduit ce dernier à modifier son point de vue (avis médical du 18 janvier 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_ joint aux déterminations du 25 janvier 2022 de l'OAI).

Le 8 janvier 2022, le recourant a requis de l'intimé des indications sur la spécialisation du Dr T.\_\_\_\_\_, auteur des avis médicaux versés au dossier.

Le 21 février 2022, l'OAI a fait savoir que la spécialisation du Dr T.\_\_\_\_\_ ne jouait aucun rôle, réitérant les conclusions dans le sens du rejet du recours et du maintien de la décision attaquée.

Au terme d'un ultime échange des 8, 31 mars et 25 avril 2022, comprenant en particulier la production d'un nouveau rapport du psychiatre traitant (Dr C.\_\_\_\_\_) du 16 mars 2022, lequel opposait ses

compétences à celles du SMR (avis médical du 21 avril 2022 du Dr T.\_\_\_\_\_), les parties ont maintenu leurs positions respectives.

**C.** Le 10 mai 2022, le magistrat instructeur a confié à la Dre V.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, le soin de procéder à une expertise judiciaire. Se fondant sur ses propres examens cliniques, sur ses entretiens téléphoniques avec les médecins consultés et l'employeur du recourant ainsi que sur l'analyse du dossier médical constitué, l'experte a rendu son rapport le 9 janvier 2023. Celui-ci résume les pièces médicales et administratives versées au dossier, procède d'une anamnèse psychosociale et professionnelle, relate l'évolution des troubles de l'assuré depuis son accident sur la voie publique en septembre 1996, rapporte ses plaintes et rend compte du status clinique. L'experte a posé, sur la base de son analyse, les diagnostics incapacitants d'état de stress post-traumatique (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), de syndrome post-commotionnel (F07.2), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) et de status post traumatisme craniocérébral survenu en septembre 1996. Sans répercussion sur la capacité de travail, elle a diagnostiqué une ancienne utilisation nocive pour la santé de substances multiples (cocaïne, ecstasy, cannabis et alcool [F19.1]). Au titre de ses conclusions, elle a retenu les éléments suivants :

“Pour résumer mon propos, M. L.\_\_\_\_\_ souffre des conséquences tant organiques et psychologiques d'un traumatisme craniocérébral survenu en 1996. S'il a pu tant bien que mal, à force de travail et de stratégies, compenser l'atteinte organique subie pendant vingt ans, deux événements banals successifs survenus en 2015 et 2016 ont décompensé psychologiquement un état de stress post-traumatique sous-jacent, avec une rigidification de sa personnalité prenant valeur de modification durable de la personnalité, et des décompensations dépressives successives par épuisement de ses ressources psychiques.

Ce tableau clinique a été observé avec une grande concordance tant par les Drs C.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_, N.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, les neuropsychologues et moi-même. Ce tableau clinique a aussi une forte congruence avec les propos tenus par l'expertisé lui-même, corroborés par Mme [...] de G.\_\_\_\_\_. L'interprétation du Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR comme quoi ces symptômes ne sont que subjectifs ne tient pas compte de l'impact de ces mêmes

symptômes sur tous les domaines de la vie de l'expertisé, qui a vu sa vie sociale, professionnelle, familiale et affective rétrécie autour de ses limitations, séquelles de son accident. On peut dès lors s'interroger sur quels éléments plus probants pourraient être amenés à l'OAI pour tenir compte des atteintes à la santé de l'expertisé.

Au vu des symptômes présentés par l'expertisé, les limitations fonctionnelles dont il faut tenir compte sont liées à ses troubles de la mémoire, à ses difficultés de concentration et de focalisation sur une tâche. Elles sont également liées à son irritabilité et son impulsivité quand il rencontre un obstacle, même mineur (une remarque d'autrui, un mail, voire ne serait-ce que l'utilisation d'une locution peuvent engendrer un débordement de colère), irritabilité susceptible d'engendrer des conflits interpersonnels, que ce soit avec des collègues ou des clients ; à son intolérance à la frustration et aux contrariétés qui engendrent des débordements agressifs ; à l'énergie nécessaire pour effectuer les tâches usuelles tant professionnelles que de son quotidien, ce qui engendre une fatigue importante ; à ses troubles du sommeil en lien avec des ruminations constantes autour de son état de santé et de sa culpabilité face à sa responsabilité dans son accident ; au fait qu'il n'arrive pas à assumer plusieurs tâches en même temps ; à ses difficultés à gérer les informations, surtout en situation de stress, ce qui engendre une baisse de rendement (rendement qualifié de 30% par G. \_\_\_\_\_). Il présente par ailleurs des tendances interprétatives et une absence de filtre dans ses propos qui peuvent être mal perçues par son interlocuteur.

S'il est déstabilisé par un événement ou trop épuisé dans son travail, il décompense ses troubles par une récurrence dépressive, avec une thymie abaissée, une péjoration de sa fatigabilité, une aboulie, une accentuation de son irritabilité, contre-indiquant tout contact direct ou indirect avec des clients. A cela s'ajoutent les atteintes neurologiques dont il souffre, soit l'hypersensibilité à la lumière et aux bruits et les céphalées allant jusqu'aux migraines.

Ce tableau clinique évolue de manière défavorable parce que les aspects de personnalité dysfonctionnels de M. L. \_\_\_\_\_ se rigidifient avec le temps, ceci en raison de ses traits de personnalité narcissiques, de la chronicité de ses atteintes, de son épuisement, et de sa perte d'espoir dans une amélioration possible. Dans ce sens, la capacité de travail estimée à 50% en 2018 par le Dr C. \_\_\_\_\_ paraît peu tenable sur la durée, car l'aggravation de son état depuis 6 ans va logiquement engendrer des périodes d'épuisement et de dépression de plus en plus fréquents. Actuellement, les Drs W. \_\_\_\_\_, A. \_\_\_\_\_ et moi-même estimons qu'une capacité de travail à 30% au maximum est envisageable pour l'expertisé, dans un environnement adapté (home office).

Compte tenu de l'irréversibilité de l'atteinte organique et de la rigidification de l'atteinte psychologique, l'apport bénéfique du traitement pharmacologique paraît très limité. Tout au plus les médicaments pourront atténuer la pénibilité du ressenti de l'expertisé, mais ils ne pourront améliorer sa situation en termes de pronostic.

Compte tenu de la rigidité de la personnalité de l'expertisé et de son manque d'adaptabilité, imaginer une réorientation professionnelle paraît peu vraisemblable. Tout au plus pourrait-il bénéficier d'un changement d'activité dans son domaine professionnel, avec moins de présence devant un écran d'ordinateur, et axer son travail vers l'exécution de tâches bien définies pour lesquelles il ne doit pas faire preuve de trop de prise de décision ou de responsabilité."

Dans ses déterminations du 6 février 2023, l'OAI a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, en produisant un avis SMR du 27 janvier 2023 du Dr T.\_\_\_\_\_, auquel il se ralliait et dont on extrait ce qui suit :

"En conclusion les plaintes et conséquences objectives des séquelles du TCC présentés par l'assuré ont été prises en compte, avec une longue évaluation concrète de réadaptation qui a conclu à une CTAA [capacité de travail dans une activité adaptée] de 80% objectivée en emploi. Depuis lors, tous les éléments à disposition, ne permettent pas de retenir une aggravation médicale objective ou de nouveau diagnostics qui seraient survenus entre 2019 et mars 2021, ni d'établir qu'une CTAA respectant pleinement les LF [limitations fonctionnelles] exercée au-delà de 50 % ne serait pas réalisable, malgré l'appréciation préventive faite a posteriori par le psychiatre traitant selon une « révision diagnostique » peu convaincante. Les évaluations annexes (neurologique, neuropsychologique) n'apportent pas d'éléments objectifs modifiant la situation médicale à prendre en compte durant la période concernée, et ne font qu'évoquer une CT [capacité de travail] maximale hypothétique prenant en compte uniquement la CT proposée par le psychiatre traitant, mais sans considérer la CT concrètement objectivée en REA [réadaptation]. Les précédentes conclusions restent valables au moins jusqu'à la Décision AI de mars 2021. Par la suite, ne pouvant exclure une rigidification de la personnalité avec l'âge ou un épuisement des ressources en lien avec des événements adverses de la vie, l'état actuel de l'assuré devrait, le cas échéant, être évalué dans le cadre d'une nouvelle demande, après stabilisation de l'épisode dépressif actuel développé dans le contexte de l'expertise judiciaire."

Le 16 février 2023, le recourant a fait siennes les conclusions de l'experte V.\_\_\_\_\_, estimant qu'il était désormais établi qu'il disposait d'une capacité de travail de 30 % dans son activité sous réserve que celle-ci respecte les limitations fonctionnelles suivantes : home office, travail à son rythme et sans trop de stimulations. Observant que l'expertise confirmait également que le Dr C.\_\_\_\_\_ avait été trop optimiste et que le raisonnement du SMR n'était pas conforme à la réalité, il a modifié ses conclusions dans le sens de l'octroi en sa faveur d'une rente entière dès

« l'ouverture de ses droits, à savoir dans les six mois suivants la demande de prestations AI pour adultes de janvier 2020 ».

### **E n d r o i t :**

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

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes (art. 38 al. 4 let. a LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Le litige porte sur le droit du recourant à une rente entière de l'assurance-invalidité, suite à la demande de révision déposée le 13 février 2020.

**b)** Des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2022 dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021 705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux principes généraux en matière de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue le 4 mars 2021 (ATF 144 V

210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; TF 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

**3.** Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, donc le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 141 V 9 consid. 2.3). La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force - qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus - et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71).

L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision se justifie lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7).

**4. a)** L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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.

**b)** 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à 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 (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA).

**c)** Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**5.** Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées).

Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées).

**6. a)** Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**b)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien

motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**c)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3, TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

**7. a)** En l'espèce, il convient d'examiner si, par sa décision du 4 mars 2021, l'OAI était fondé à maintenir le refus du droit à la rente au-delà du 30 septembre 2018, au motif que le recourant bénéficiait toujours d'une capacité de travail de 80 % dans une activité adaptée à son état de santé psychique défaillant, comme retenu par le Dr T.\_\_\_\_\_ du SMR.

Le recourant soutient, pour sa part, être en mesure de travailler à un taux de 30 % dans son activité habituelle moyennant le respect des limitations fonctionnelles suivantes : home office, travail à son rythme et sans trop de stimulations. Il s'en remet à cet effet aux conclusions du rapport d'expertise psychiatrique judiciaire du 9 janvier 2023 de la Dre V.\_\_\_\_\_.

**b)** Dans le cadre du mandat d'expertise judiciaire, le recourant a été reçu à sept reprises par la Dre V.\_\_\_\_\_, qui s'est également entretenue à trois reprises par téléphone avec les médecins traitants. Sur la base d'une analyse complète et fouillée du dossier, l'experte psychiatre

a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, d'état de stress post-traumatique (F43.1), de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), de syndrome post-commotionnel (F07.2), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et de status post traumatisme craniocérébral survenu en septembre 1996. Dans son appréciation globale de la situation, l'experte judiciaire a notamment émis les considérations suivantes (rapport d'expertise psychiatrique du 9 janvier 2023, p. 27 s.) :

"Discussion

Au terme de mon investigation, je retiens chez l'expertisé, dans les suites d'un grave accident de circulation avec traumatisme craniocérébral survenu en 1996, les diagnostics d'état de stress post-traumatique, de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, de syndrome post-commotionnel, de trouble dépressif récurrent, et d'une ancienne utilisation de multiples substances, nocives pour la santé.

M. L. \_\_\_\_\_ a connu une enfance et une adolescence globalement harmonieuses. Jusqu'à son accident en 1996, il avait réussi à s'inscrire dans une vie socio-professionnelle épanouissante. Il se décrit certes comme adepte des activités qui lui procuraient des sensations fortes, et il paraissait présenter certains aspects de personnalité narcissiques, mais aucun élément dans les différentes informations recueillies ne peut faire penser qu'il souffrait d'une pathologie psychiatrique.

L'accident du 28 septembre 1996, mais surtout les événements suivant son réveil dont la prise de conscience de ses déficits neuropsychologiques, ont valeur de traumatisme. On assiste dans le cas de M. L. \_\_\_\_\_ à une symptomatologie ayant une double composante, d'une part psychologique, constituant un état de stress post-traumatique et une modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe, puis un trouble dépressif récurrent, et d'autre part organique avec des séquelles neuropsychologiques constituant un syndrome post-commotionnel.

L'état de stress post-traumatique (ESPT) est défini, selon la CIM-10, par une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique, et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants, des rêves ou des cauchemars ; ils surviennent dans un contexte durable d'anesthésie psychique et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Ces symptômes sont habituellement accompagnés d'une hyperréactivité neurovégétative, avec hypervigilance, état de qui-vive et insomnie,

associés fréquemment à une anxiété, une dépression ou une idéation suicidaire. Son évolution est fluctuante ; elle se fait vers la guérison dans la plupart des cas, mais peut aussi présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et conduire à une modification durable de la personnalité.

Chez Monsieur L.\_\_\_\_\_, cette symptomatologie ne s'est manifestée de manière flagrante qu'à partir de 2015-2016. En effet, sur le plan psychologique, suite à son accident, M. L.\_\_\_\_\_ a fait de gros efforts pour cacher ses difficultés neuropsychologiques, se remettre à niveau, et accomplir ses tâches professionnelles. Il explique qu'il était inacceptable pour lui d'être amoindri dans ses compétences, et il a fait tout ce qu'il a pu pour paraître à la hauteur et donner satisfaction. Les nombreux changements d'emploi expliqués par M. L.\_\_\_\_\_, de manière projective, par un désir de s'épanouir davantage ailleurs, peuvent être analysés avec le recul comme un besoin narcissique de cacher ses difficultés, et une volonté de partir de son emploi avant d'être considéré par ses employeurs comme incompetent. Les Drs W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ ont souligné les aspects narcissiques de l'expertisé qui rendent compte de ses difficultés à accepter ses limitations depuis l'accident de 1996. A force d'efforts considérables, l'expertisé a réussi à donner le change durant de nombreuses années, jusqu'à l'accident survenu sur l'autoroute en 2015, suivi de près par l'hospitalisation pour sa prostatite depuis 2016. Ce sont ces deux événements de peu de gravité en soi, mais qui prennent valeur d'un traumatisme dans l'après-coup chez M. L.\_\_\_\_\_, comme l'évoquait le Dr Z.\_\_\_\_\_, avec une réactualisation de ses angoisses de mort. L'expertisé parle en effet d'une sidération, et d'une angoisse majeure quand il était dans le box des urgences, « avec des tuyaux partout », la nécessité de partir au plus vite, en raison d'une angoisse de mort irrationnelle.

Ces deux éléments ont décompensé psychiquement l'expertisé. Il est intéressant de prendre en compte la description de Mme [...], cofondatrice de G.\_\_\_\_\_ et employeuse de l'expertisé à cette période, qui a vu son employé « sombrer » suite à une « cassure », engendrant une incapacité à assumer ses tâches professionnelles, générant un état dépressif, des conflits interpersonnels, et nécessitant plusieurs arrêts de travail. C'est à cette période qu'il a été consulté au Centre de Psychiatrie du [...]. Les psychiatres de l'unité urgences-crise ont retenu un diagnostic de trouble de l'adaptation, mettant en exergue les symptômes anxio-dépressifs de l'intéressé. Si les thérapeutes ont associé ces symptômes à la prostatite et aux difficultés de la cohabitation avec son père, on comprend avec le recul que ce n'est pas une infection et une cohabitation qui ont affecté l'expertisé au point de le décompenser psychiquement, mais la reviviscence lors de l'hospitalisation pour la prostatite, quelques mois après l'accident de 2015, des difficultés rencontrées au sortir du coma en 1996. Et les difficultés rencontrées avec son père ont signifié concrètement son incapacité à supporter la proximité d'autrui en raison des aspects dysfonctionnels de son comportement et de sa personnalité.

Il n'est pas rare d'observer ce phénomène dans les tableaux cliniques d'ESPT où durant une période qui peut durer des années, les sujets exposés à un grave traumatisme peuvent vivre une sorte

de congélation des affects et présenter des ressources adaptatives qui permettent de recouvrir tout ou partiellement les symptômes, puis décompenser leur pathologie dans l'après-coup, suite à un événement de peu de gravité. J'en réfère à la description de ce tableau clinique défini dans le DSM-V par la spécificité à *expression retardée*, ou à l'article de Andrews et al. : Delayed-Onset Posttraumatic Stress Disorder : A systematic Review of the Evidence, Andrews B, Brewin CR, Philpott R, Stewart L, *Am. J Psychiatry* ; 2007 ; 164 : 1319-1326

A la suite des entretiens à l'unité urgence-crise, l'expertisé a poursuivi sa thérapie auprès du Dr Z. \_\_\_\_\_. Le psychiatre avait interprété les symptômes de M. L. \_\_\_\_\_ comme faisant partie d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Il observait chez l'expertisé des difficultés à contrôler son agressivité, une solitude, une image de soi perturbée, une instabilité de l'humeur et des contrariétés face à l'incompréhension des autres personnes. Il exposait que le traumatisme cérébral de 1996 avait changé son caractère et l'avait rendu impulsif, susceptible. Il relevait encore des changements d'humeurs fréquents entre colère, anxiété et déprime. Il mentionnait des désirs de destruction ou d'auto-destruction, des sentiments de trahison de victimisation.

Bien que cliniquement j'adhère à la description du Dr Z. \_\_\_\_\_ quant au dysfonctionnement de la personnalité de l'expertisé, le diagnostic de trouble de la personnalité paraît erroné. Comme le Dr T. \_\_\_\_\_ du SMR le souligne, un trouble de la personnalité est une atteinte qui apparaît au début de l'âge adulte et donc, s'il avait été présent, ce trouble aurait été mis en évidence avant le traumatisme crânien de 1996. Or, bien qu'on n'ait aucun document médical attestant de la personnalité de l'expertisé avant son accident, ce qu'il évoque de sa vie et de ses relations ne laissent en rien supposer qu'il avait un trouble de la personnalité. Il dit qu'il était heureux dans sa vie, qu'il avait des relations amicales fortes, qu'il était investi et apprécié autant dans ses activités amicales, sportives ou artistiques que dans son activité professionnelle. Certes, il se disait friand d'adrénaline, mais cette caractéristique n'est pas en soi le signe d'une pathologie psychiatrique. On peut toutefois supposer qu'il devait être avide de reconnaissance de la part d'autrui et très exigeant avec lui-même, ceci afin de rassurer un narcissisme certainement un peu fragile.

Néanmoins, à l'instar de toutes les descriptions cliniques faites par les intervenants et corroborées par les propos de M. L. \_\_\_\_\_, on observe une différence marquée dans la personnalité de l'expertisé avant et après l'accident de 1996. Afin d'en rendre compte, on doit retenir dans cette situation le diagnostic de modification durable de la personnalité faisant suite à l'exposition à un facteur de stress catastrophique. Un état de stress post-traumatique peut précéder ce type de modification de la personnalité ; dans ce cas, la modification de la personnalité peut être considérée comme une séquelle chronique et irréversible de ce trouble. Il est nécessaire de préciser dans la situation de M. L. \_\_\_\_\_, que ce diagnostic n'est pas lié à l'accident lui-même, mais au trauma psychologique vécu suite au coma et à la confrontation aux séquelles neuropsychologiques secondaires au traumatisme craniocérébral. Ce trouble est défini par des critères tels qu'une attitude hostile et méfiante envers le

monde ; un retrait social ; des sentiments de vide ou de perte d'espoir ; l'impression d'être sur la brèche, comme si on était constamment menacé, et un détachement. On retrouve ces critères chez l'expertisé, et les aspects de personnalité narcissiques présents au préalable aggravent le tableau clinique, dans la mesure où M. L.\_\_\_\_\_ fait de gros efforts pour répondre à son haut degré d'exigence et son besoin de valorisation, mais il se heurte à ses difficultés neuropsychologiques, générant une blessure narcissique qui va l'amener à lutter encore plus, ou à déprimer s'il ne parvient pas aux résultats espérés. Je rejoins dans ce sens, les descriptions de son fonctionnement faites par les Drs W.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ : M. L.\_\_\_\_\_, ne supportant pas de ne pas être à la hauteur, a eu beaucoup de peine à accepter de reconnaître ses difficultés, et ce durant de nombreuses années. Cette description est corroborée par Mme [...] de G.\_\_\_\_\_ quand elle décrit que M. L.\_\_\_\_\_ faisait beaucoup d'efforts pour répondre aux exigences, mais que « *ça ne le faisait pas* » au point de faire « *mal au cœur* » à cette employeuse, qui m'a pourtant assurée ne pas être quelqu'un de très empathique par rapport aux soucis de ses collaborateurs.

Ce cercle vicieux est à l'origine du trouble dépressif récurrent de l'expertisé. A force de lutter et de s'épuiser à la tâche et de ne pas parvenir à répondre à ses propres exigences, à force de se heurter à des séquelles neuropsychologiques qui ne s'améliorent pas, M. L.\_\_\_\_\_ vit des moments d'effondrement dépressif caractérisés par une thymie abaissée, une importante fatigue, une péjoration de son irritabilité avec l'augmentation de son impulsivité et de sa conflictualité, un besoin accru de s'isoler, des débordements de rage contre lui-même ou contre autrui, des ruminations constantes, des envies de mourir sans idéation suicidaire franche, une anhédonie et une aboulie.

Il y a eu au moins trois épisodes dépressifs clairement identifiés, soit en 2016 suite à la réactivation de sa souffrance en lien avec les deux événements exposés ci-dessus, et dont la symptomatologie anxiodépressive a été relevée tant par les soignants de l'unité urgences-crise, que par la hiérarchie de l'expertisé, ou encore par son médecin généraliste de l'époque. Il y a eu un deuxième épisode dont témoignent les Drs C.\_\_\_\_\_ et W.\_\_\_\_\_ en automne 2021 et un troisième actuellement, dans le cadre du processus expertal qui inévitablement, amène M. L.\_\_\_\_\_ à faire un bilan négatif de sa vie et le met face à ses difficultés, face à ce qu'il a perdu de son intégrité physique et psychique, et face à des interrogations angoissantes par rapport à son avenir. J'ai pu observer une détresse chez lui durant les entretiens, au point de proposer une pause ou de mettre un terme à l'entretien. Il était par moment confus, agressif avec lui-même, se dévalorisant beaucoup. Il m'a même appelée en dehors des entretiens pour exprimer son état de mal-être, mal-être qui a été objectivé par son psychiatre traitant qui a dû le mettre en arrêt de travail et augmenter la médication par une médication aux puissants effets anxiolytiques (neuroleptiques). En effet, il était tellement agité qu'il ne parvenait plus à dormir. Cet état de mal-être revêt les caractéristiques d'un nouvel épisode dépressif qui peut être qualifié de moyen, avec syndrome somatique.

Sur un plan organique, l'atteinte cérébrale survenue dans le contexte de l'accident de 1996 a engendré des troubles

neuropsychologiques attestés à maintes reprises par les tests neuropsychologiques effectués tout au long de sa vie depuis 1996, et ce par différentes neuropsychologues. Ces examens ont relevé les difficultés de l'expertisé à accomplir des tâches mentales, avec des troubles de la mémoire et des troubles de l'attention, difficultés représentatives d'un tableau cognitif séquellaire du traumatisme craniocérébral. Afin de rendre compte sur le plan diagnostique des atteintes cérébrales de M. L.\_\_\_\_\_, on peut retenir le diagnostic de syndrome post-commotionnel, trouble mental organique appartenant au groupe des troubles de la personnalité du comportement dus à une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement cérébral (CIM-10 : F07). Ce syndrome fait suite à un traumatisme crânien sévère et est défini par de nombreux symptômes variés tels que céphalées, sensations vertigineuses, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions ou à l'alcool. Par définition, ces symptômes peuvent être accompagnés par des sentiments dépressifs ou anxieux, résultant de la perte de l'estime de soi et la crainte d'avoir une lésion cérébrale définitive. Si l'étiologie de ces symptômes n'est pas toujours claire, leur survenue est expliquée par des facteurs à la fois organiques et psychologiques.

Comme dernier diagnostic mentionné chez M. L.\_\_\_\_\_, on peut retenir une ancienne consommation de toxiques, nocive pour la santé, pour rendre compte du recours de l'expertisé aux substances en partie pour pallier son mal-être. Il se dit abstinant aux drogues actuellement, et aucun argument clinique n'amène à douter de sa sincérité. La consommation d'alcool de l'expertisé dépasse les recommandations de l'OMS. Mais là encore, je n'ai pas d'arguments cliniques ou d'évidences de répercussions somatiques, puisque les tests sanguins effectués par le Dr [...] montrent des valeurs dans les normes, pour affirmer que sa consommation de vin a un impact sur sa santé ou relève d'une dimension pathologique. Cette ancienne utilisation nocive pour la santé de substances n'entre donc pas dans la réflexion autour de sa capacité de travail.

Je ne retiens pas le diagnostic déficit d'attention avec hyperactivité, tel que retenu par les Drs C.\_\_\_\_\_, W.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_ dans la mesure où un tel diagnostic doit avoir un début précoce, donc être observé durant l'enfance du sujet, et je n'ai aucun argument provenant du discours de l'expertisé pour suspecter ce trouble durant son enfance. Cependant, comme l'explique Mme B.\_\_\_\_\_, neuropsychologue, dans son rapport du 2 juillet 2020, les déficits de l'attention observés chez M. L.\_\_\_\_\_, sont une conséquence séquellaire organique du traumatisme craniocérébral. [...]"

**c)** On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter des conclusions circonstanciées de l'expertise de la Dre V.\_\_\_\_\_, dont le rapport du 9 janvier 2023 remplit manifestement les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 6 supra). Ce rapport est en effet le fruit d'un travail

particulièrement méticuleux, comportant sept examens cliniques, trois entretiens téléphoniques avec les médecins traitants ainsi qu'une analyse complète et fouillée du dossier. Les diagnostics retenus sont dûment étayés, après discussion systématique des autres avis médicaux versés au dossier. Reposant sur des investigations complètes et minutieuses, les répercussions fonctionnelles des troubles psychiques diagnostiqués *lege artis* sur la capacité de travail emportent la conviction. Ainsi, cette spécialiste convainc entièrement quant à l'évolution de l'état de santé de l'assuré dans le temps, et aux conclusions prises relatives aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail résiduelle exigible.

**d)** Au demeurant, l'intimé ne fait pas mention d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise psychiatrique conduite à la fin de 2022, ni ne produit de rapports médicaux suffisamment pertinents pour en remettre en cause la valeur probante ou le bien-fondé. Il oppose en effet uniquement l'avis du 27 janvier 2023 de son médecin-conseil, le Dr T.\_\_\_\_\_, du SMR. Or ce médecin livre des critiques procédant d'un simple avis divergent, au demeurant sans se fonder sur des facteurs objectifs, contrairement à l'experte, et dont on peut se demander s'il émane d'un médecin qui aurait les compétences spéciales nécessaires en psychiatrie, spéculant tout au plus sur les tenants du cas d'un assuré gravement affecté au plan psychique, sans prendre la mesure réelle des répercussions des atteintes à la santé incapacitantes sur la totalité des domaines de vie (sociale, professionnelle, familiale et affective) du recourant.

**e)** Des conclusions du rapport d'expertise judiciaire de la Dre V.\_\_\_\_\_, il ressort qu'en raison d'un état de stress post-traumatique (F43.1), d'une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), d'un syndrome post-commotionnel (F07.2), d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) et d'un status post traumatisme craniocérébral survenu en septembre 1996, une capacité de travail maximale de 50 % est retenue dès le début 2016 à tout le moins, dans l'activité exercée et réputée compatible avec les limitations fonctionnelles.

Au vu de la demande tardive du 13 février 2020, le droit à une demi-rente d'invalidité est ouvert à compter du 1<sup>er</sup> août 2020 (cf. art. 28 al. 2 et 29 al. 1 et 3 LAI). La capacité résiduelle de travail passant à 30 % à compter de la date de l'expertise judiciaire, respectivement du premier entretien avec l'assuré ayant permis d'en faire le constat, en octobre 2022, le droit à une rente entière est ouvert trois mois après la péjoration de la capacité de gain (cf. art. 88a al. 2 RAI), soit au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Toutefois, dite péjoration est réputée intervenue postérieurement à la décision attaquée du 4 mars 2021, de sorte qu'elle excède l'objet du litige, ce qui justifie néanmoins un renvoi à l'office intimé à statuer sur ce point.

**8. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 4 mars 2021 réformée, en ce sens que L.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2020, la cause étant renvoyée à l'office intimé pour reprendre l'instruction et statuer sur le droit à la rente au regard de l'expertise judiciaire.

**b)** La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de l'office intimé, vu l'issue du litige.

**c)** Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 2'500 fr. compte tenu de la complexité de la cause, ceux-ci étant mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**d) aa)** Aux termes de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures. A défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Dans un arrêt publié aux ATF 137 V 210, le Tribunal fédéral a indiqué que les frais qui découlent de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire pouvaient être mis à la charge de l'assurance-invalidité, lorsque l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité. Cette règle ne saurait toutefois entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. Tel sera notamment le cas lorsque l'autorité administrative aura laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier, lorsqu'elle aura laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle aura pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents.

**bb)** En l'occurrence, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise judiciaire en raison d'avis médicaux manifestement divergents, en présence desquels l'OAI ne pouvait sans autre s'en tenir à celui du SMR, mais devait en pareil cas, selon la jurisprudence, lever les contradictions qui subsistaient par la mise en œuvre d'une expertise neutre confiée à un spécialiste. L'expertise judiciaire a ainsi permis de pallier les manquements commis quant à l'appréciation de la situation médicale dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, il se justifie de mettre la totalité des frais de ladite expertise à la charge de l'office intimé, soit un montant de 10'000 francs.

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision rendue le 4 mars 2021 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que L.\_\_\_\_\_ est mis au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2020.

- III.** La cause est renvoyée à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il procède conformément aux considérants du présent arrêt.
- IV.** Les frais judiciaires, arrêtés à 600 fr. (six cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- V.** Les frais de l'expertise judiciaire réalisée par la Dre V. \_\_\_\_\_ le 9 janvier 2023 par 10'000 fr. (dix mille francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- VI.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à L. \_\_\_\_\_ une indemnité de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Procap (pour L. \_\_\_\_\_),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS),

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :