

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 novembre 2024

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente
MM. Wiedler, juge, et Bonard, assesseur
Greffière : Mme Vulliamy

Cause pendante entre :

N. _____, à [...], recourant, représenté par Me David Métille, à Lausanne,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1 et 29 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 et 29 al. 1 et 3 LAI

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], titulaire d'un certificat fédéral de capacité (CFC) de mécanicien, travaillait pour le compte de [...] SA en qualité de mécanicien-tourneur à 100 % depuis le 1^{er} juin 2014. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) et pour l'assurance maladie perte de gain auprès de [...] SA.

Le 3 novembre 2018, alors qu'il était allé chercher du bois à l'extérieur, l'assuré a glissé et fait une chute (cf. déclaration de sinistre du 6 novembre 2018 remplie par l'employeur). A la suite de cet évènement, l'assuré s'est retrouvé en incapacité de travail à compter du 6 novembre 2018 (cf. certificats d'incapacité de travail pour la période du 6 au 17 novembre 2018 du Dr [...], spécialiste en médecine interne générale) et la CNA a pris le cas en charge dès le 6 novembre 2018 (cf. courrier du 9 novembre 2018).

Selon un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) du rachis cervical du 12 novembre 2018, l'assuré présentait une légère discopathie des étages C6-C7 et C5-C6, de moindre importance en C4-C5 sans franc conflit myéloradiculaire et sans myélopathie.

Dans un rapport du 21 novembre 2018, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé les diagnostics de cervicobrachialgies gauches C5-C6, de status après contusion de la colonne cervicale le 3 novembre 2018 et de hernie discale C6-C7 gauche foraminale. Il a indiqué qu'une physiothérapie allait être mise en place et qu'en cas de bonne réponse il s'agirait du traitement définitif, sinon une infiltration neuroforaminale C5-C6 et C6-C7 gauche serait réalisée en plus.

La Dre B._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante, a attesté de manière régulière la poursuite de l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 16 janvier 2019, puis à 80 % du 17 janvier au 13 février 2019.

Il ressort d'un rapport du 27 février 2019 du Dr H._____, spécialiste en neurologie et chef de clinique de l'Hôpital X._____, (ci-après : l'Hôpital X._____) que, dans la nuit du 27 février 2019, l'assuré s'est réveillé en claquant des dents, étant incapable de parler ou de se déplacer et en présentant une tétraparésie transitoire et une aphasie après le réveil pendant 1 à 2 minutes. Après avoir pratiqué une IRM de contrôle et des examens de laboratoire, le Dr H._____ a estimé que la cause la plus probable était un trouble fonctionnel en situation de stress en raison de la hernie discale symptomatique, excluant notamment un épisode épileptique. Il a recommandé la mise en place d'une psychothérapie intégrée et la prescription d'un analgésique multimodal afin d'éviter que le trouble ne devienne chronique.

Dans un rapport du 1^{er} mars 2019, le Dr M._____ a posé les diagnostics de vertiges idiopathiques, de céphalées et cervicocéphalgies, de cervicobrachialgies gauches C5-C6, de status après contusion de la colonne cervicale le 3 novembre 2018 et de hernie discale C6-C7 gauche foraminale. Ce spécialiste a exclu un déficit neurologique et fait savoir qu'en dehors des vertiges lors des mouvements du rachis cervical, l'examen était sans particularité. Il a préconisé une infiltration C2-C3.

Dans un rapport intermédiaire adressé à la CNA, la Dre B._____ a posé le diagnostic de cervicobrachialgies gauches et indiqué que l'évolution était compliquée par un trouble de l'équilibre, des paresthésies et des douleurs cervicales.

Dans un rapport du 24 mars 2019, le Dr F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL), a fait savoir à la CNA que son patient présentait une symptomatologie vertigineuse récurrente post-traumatique

à la suite d'un choc au niveau cervical, les symptômes persistants et fluctuants l'handicapant dans son quotidien.

Par certificats médicaux des 13 et 25 février 2019 ainsi que des 1^{er} avril, 9 avril, 24 avril et 15 mai 2019, la Dre B._____ a attesté une incapacité de travail de 60 % du 14 février au 17 mars 2019, puis à 100 % du 19 mars au 31 mai 2019.

L'assuré a consulté la Dre Z._____, spécialiste en neurologie, laquelle a retenu, dans son rapport du 10 avril 2019, une suspicion de troubles fonctionnels « dans le cadre d'une surcharge DD [diagnostic différentiel] attaques de panique » et confirmé, sous réserve d'un électroencéphalogramme, l'absence d'argument pour une atteinte sur un plan neurologique selon les conclusions du Dr H._____ de l'Hôpital X._____.

Dans un rapport complémentaire du 2 mai 2019, la Dre Z._____ a précisé que l'électroencéphalogramme montrait des signes d'une somnolence accrue, compatible avec les données anamnestiques d'une grande fatigue et de trouble du sommeil, ceci sans fournir d'arguments en faveur d'une crise épileptique à l'origine de l'événement nocturne du 27 février 2019.

Par courriel du 17 mai 2019 à la CNA, l'employeur de l'assuré a indiqué que ce dernier allait reprendre le travail 3h par jour dès le 3 juin 2019 et qu'il allait être mis au taraudage/ébavurage du moment qu'il n'était pas en mesure de programmer une machine.

L'assuré a séjourné à la Clinique J._____ (ci-après : Clinique J._____) du 27 au 29 mai 2019 pour un complément de rééducation et une prise en charge pluridisciplinaire. Dans leur rapport du 3 juin 2019, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, et la Dre G._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, ont retenu les diagnostics de contusion cervicale (S14.0) et TCC [traumatisme crânio-cérébral] léger le 3 novembre 2018, de céphalées tensionnelles (G44.2), de trouble dissociatif mixte (F44.7) avec épisode transitoire d'aphasie et de parésie le

27 février 2019 et de cervico-brachialgies C6-C7 gauches au décours avec hernie discale C6-C7 médiane paramédiane gauche (M50.2) avec comme comorbidité un status après cure de hernie inguinale. Ils ont estimé que l'examen sur le plan neurologique se trouvait dans les limites des normes, sans signe de latéralisation ni d'atteinte radiculaire ou tronculaire. S'agissant du pronostic, ils ont indiqué qu'il paraissait défavorable et ont expliqué que même si l'accident du 3 novembre 2018 n'avait pas occasionné de lésion somatique grave avec une contusion cervicale marquée par des cervicobrachialgies au décours et un TCC léger avec persistance de céphalées tensionnelles, l'évolution était marquée par la survenue d'un épisode transitoire d'aphasie et de parésie investigué largement sans explication neurologique suggérant une origine fonctionnelle, avec la mise en évidence par le psychiatre d'un trouble dissociatif mixte évoluant lentement avec persistance de vertiges, troubles mnésiques et épisodes de confusion. Quant à la reprise professionnelle, ils ont indiqué que le pronostic de reprise totale restait sombre étant donné les résultats des différentes évaluations, dont notamment l'évaluation en ateliers professionnels à la Clinique J. _____ du 28 mai 2019 où il avait été constaté que les résultats des tests effectués étaient étonnamment mauvais en comparaison au profil de qualification de l'assuré.

Faisant suite à un avis du 24 juin 2019 de son médecin d'arrondissement faisant état d'une absence de lésion somatique ou organique séquellaire attribuable à l'événement du 3 novembre 2018 objectivée ou objectivable en l'état des pièces du dossier, la CNA a, par décision du 22 juillet 2019, mis fin à ses prestations au 1^{er} août 2019.

Dès le 28 août 2019, la Dre B. _____ a attesté de manière régulière la poursuite de l'incapacité de travail à 100 %.

Le 31 octobre 2019, la Dre B. _____ a demandé à la Clinique [...] de convoquer l'assuré pour un séjour de réhabilitation afin qu'une réinsertion professionnelle puisse être faite. Elle précisait que l'assuré avait présenté un status post AIT [accident ischémique transitoire] avec

séquelles cérébrales dans le sens de trouble de la concentration, fatigabilité et impossibilité de reprendre son activité professionnelle ou une activité professionnelle quelconque.

B. Dans l'intervalle, N._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI) le 26 septembre 2019 en joignant le rapport de la Clinique J._____ du 3 juin 2019.

Le 8 novembre 2019, l'assuré a fait parvenir à l'OAI un rapport d'examen neuropsychologique du 22 octobre 2019 de VV._____ et FF._____, psychologues spécialistes en neuropsychologie FSP, mettant en évidence des performances déficitaires dans la plupart des tâches mnésiques, exécutives et attentionnelles au premier plan dans le cadre de troubles fonctionnels et concluant à une prise en charge pluridisciplinaire dans une institution spécialisée pour les troubles fonctionnels, par exemple à la Clinique [...]

Dans un rapport du 10 novembre 2019 adressé à l'OAI, le Dr F._____ a posé le diagnostic oto-rhino-laryngologie [ORL] de vertiges depuis février 2019, a attesté une incapacité de travail totale du 12 mars au 1^{er} avril 2019 et transmis différents rapports qu'il avait adressés à la Dre B._____ dans lesquels il a posé le diagnostic de symptomatologie vertigineuse post-traumatique, récurrente ou persistante (cf. rapports des 24 février, 17 mars, 31 mars, 5 et 10 mai, 21 juillet et 18 août 2019) et mentionné la mise en place d'exercices de physiothérapie ciblés.

Dans un rapport du 23 janvier 2020 adressé à l'OAI, la Dre B._____ a posé les diagnostics de status post-TCC léger et de contusion cervicale depuis le 3 novembre 2018, de céphalées tensionnelles et d'AIT avec aphasie et parésie depuis le 27 février 2019. Elle a expliqué que l'assuré avait présenté, à la suite du TCC, des céphalées répétitives et des cervicalgies invalidantes et que les symptômes s'étaient péjorés après l'AIT du 27 février 2019 avec une impossibilité de reprise professionnelle en raison de ralentissement psychologique, de fatigue et de céphalées. Selon elle, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

performances déficitaires dans la plupart des tâches mnésiques, exécutives et attentionnelles. S'agissant de la capacité de travail, elle a indiqué que l'assuré ne pouvait actuellement pas reprendre d'activité professionnelle. Elle a également adressé à l'OAI différents rapports déjà transmis par la CNA.

Par courriel du 31 janvier 2020, l'assuré a transmis à l'OAI une copie de la lettre de résiliation de son contrat de travail du 27 janvier 2020 pour le 31 mars 2020.

Le 27 mai 2020, la CNA a envoyé à l'OAI une copie de son dossier contenant notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 12 février 2020 de la Dre C._____, spécialiste en neurologie et médecin-chef à l'Hôpital X._____, posant les diagnostics de symptômes d'épuisement avec surstimulation, difficultés de concentration et humeur dépressive, de céphalées de tension épisodiques avec composante myofasciale, de status après une légère contusion crânienne le 3 novembre 2018, de suspicion d'attaque de panique nocturne avec comme diagnostic différentiel une crise psychogène non épileptique au mois de février 2019, et de cervicobrachialgies C6-C7 à gauche sur hernie discale C6-C7 médiane, paramédiane gauche. Elle a recommandé une réhabilitation psychosomatique stationnaire, un soutien psychologique avec des aspects de thérapie comportementale, la poursuite de la physiothérapie, des mesures de relaxation et une augmentation progressive des activités en cas de clinique stable ;

- une décision sur opposition du 7 novembre 2019 de la CNA rejetant l'opposition formée par l'assuré en exposant que, d'une part, il n'existait aucune séquelle organique et que, d'autre part, celle-ci ne saurait intervenir pour les suites de l'accident se présentant sous la forme de troubles psychiques, faute de causalité adéquate entre un accident, qualifié de banal ou de peu de gravité, et la persistance des troubles psychiques.

Faisant suite à un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 15 juin 2020, l'assuré a, par courriel du 14 septembre 2020, informé l'OAI qu'une demande de séjour à la Clinique J._____ avait été faite par son médecin traitant et a envoyé une copie d'un rapport du 20 août 2020 du Dr K._____, spécialiste en neurologie et médecine physique et réadaptation et médecin responsable à l'Institution de [...] qui indiquait que s'il n'y avait pas d'indication à un séjour de neuroréhabilitation stationnaire à [...], un séjour à la Clinique J._____ était encore à ce jour tout à fait approprié avec la visée d'une réadaptation/réinsertion professionnelle.

Le 13 novembre 2020, la Dre B._____ a rempli un questionnaire envoyé par l'OAI et a indiqué comme diagnostics une chute/contusion cérébrale avec évolution en trouble neurogène, un trouble de la concentration avec un ralentissement psychomoteur et des cervicalgies. Elle a précisé que l'évolution était mauvaise et mitigée. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis l'accident et l'assuré n'avait pas pu être réintégré dans le monde professionnel. Comme limitations fonctionnelles, elle a indiqué un trouble de la concentration, de la fatigue, des oublis et un ralentissement psychomoteur. Selon elle, le pronostic était mauvais. Elle a transmis les rapports suivants :

- un rapport du 5 mars 2020 du Dr F._____ indiquant que l'assuré présentait au premier plan la persistance d'une hypovalence gauche malgré tous les traitements effectués depuis son accident et que cette hypovalence était très légèrement moins marquée que celle mesurée lors du bilan effectué le 21 février 2019. Il a proposé la poursuite des exercices préalablement introduits ;

- un rapport du 18 août 2020 de la Dre C._____ mentionnant une fatigabilité rapide, des difficultés de concentration, une surcharge de stimuli, des troubles de l'équilibre et une humeur dépressive dans le cadre

d'une somatisation, ceci après une légère contusion crânienne en novembre 2018 ;

- un rapport du 28 octobre 2020 du Dr F. _____ maintenant son diagnostic de symptomatologie vertigineuse persistante post-traumatique, expliquant que, d'un point de vue otoneurologique, l'assuré présentait toujours une tendance à chuter du côté gauche aux tests de Romberg et d'Unterberger. Selon lui, il était important que l'assuré puisse bénéficier d'un bilan de capacité afin de savoir quelle activité était véritablement « exigible ».

Dans un courrier du 6 décembre 2020 adressé à l'OAI, la Dre B. _____ a indiqué que depuis le départ de la prise en charge après l'accident et la péjoration depuis la problématique neurologique de mars 2019, l'assuré présentait un comportement particulier, distancé avec une thymie par moment triste, péjorée par un trouble douloureux au niveau de la nuque. Le discours était ralenti et par moment interrompu par des oublis de l'assuré. Elle a précisé que les essais et tentatives de reprise de travail s'étaient soldés par des échecs, l'assuré étant devenu intolérant au bruit. Elle a expliqué que ni la Clinique J. _____, ni la Clinique [...] ainsi que celle de [...] n'avaient pu donner suite à sa demande de prise en charge dans le but d'obtenir une possibilité de réinsertion dans le monde professionnel. Elle a ajouté que l'assuré présentait de manière intermittente des états d'angoisse de manière récidivante, des symptômes de déprime avec idées noires intermittentes, des troubles du sommeil et des douleurs de l'appareil musculosquelettique. Au vu de ces éléments, elle ne pouvait imaginer une reprise du travail dans aucun type d'activité et demandait à l'OAI d'entrer en matière pour un bilan de compétences afin de déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assuré.

Dans un rapport du 23 mars 2021 adressé à l'OAI, le Dr P. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant depuis le 28 août 2020, a posé les diagnostics de trouble dissociatif mixte (F44.7) depuis février 2019, d'épisode dépressif moyen (F32.1) et d'anxiété généralisée (F41.1) depuis 2019. Selon lui, les

limitations fonctionnelles étaient les suivantes : fatigabilité augmentée, trouble de la concentration, trouble de l'équilibre, difficultés dans les relations et dans la gestion des émotions et du stress. Il a attesté une entière incapacité de travail.

Par avis du 20 mai 2021, le Dr X._____, médecin praticien auprès du SMR, a conclu que le pronostic concernant la situation de santé et professionnelle de l'assuré paraissait sombre. Des investigations somatiques nombreuses n'avaient pas permis de corréliser l'état de santé à un trouble d'une sévérité marquée. Dans l'axe psychiatrique, un trouble somatoforme douloureux [TSD] ou assimilé, voire d'autres comorbidités psychiatriques, étaient suspectés avec peu d'étayage. Il s'interrogeait sur les ressources résiduelles de l'assuré ainsi que sur la cohérence et la plausibilité des symptômes allégués tout en notant que le pronostic était déjà retenu comme réservé quant à une reprise totale de travail à la Clinique J._____ en 2019. Il a ainsi préconisé la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire comprenant un volet psychiatrique avec examen neuropsychologique et un volet de médecine physique et réadaptation.

Le 7 septembre 2021, l'assureur perte de gain, à qui l'assuré avait annoncé une incapacité de travail et qui lui a versé des indemnités journalières du 1^{er} août 2019 au 30 juillet 2021, a transmis à l'OAI un rapport d'expertise otoneurologique du 20 juillet 2021 dans lequel la Prof. S._____, spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de status post traumatisme crânien léger avec syndrome de « whiplash injuries » associant une contusion labyrinthique gauche et une dysfonction de l'articulation atlanto-axiale en novembre 2018. Selon elle, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. S'agissant d'une activité adaptée, la Prof. S._____ a indiqué qu'il pouvait s'agir d'une activité dans le domaine de la micro-mécanique de précision mais dans des conditions différentes, à savoir le travail sur de petites pièces, en position assise et dans un milieu non bruyant. Elle a exposé que son bilan otoneurologique mettait en évidence d'une part, un déficit vestibulaire périphérique canalaire et

sacculaire à gauche, mal compensé, de même que des anomalies des voies visuo-oculomotrices du tronc cérébral. D'autre part, la consultation spécialisée du Dr U._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, confirmait la présence d'une instabilité au niveau C1-C2, liée à la dysfonction atlanto-axiale. Par contre, la suspicion d'une lésion du ligament alaire gauche n'était pas confirmée par le Dr T._____, spécialiste en neurochirurgie, et il n'y avait donc pas de sanction chirurgicale à proposer. A son rapport étaient annexés un rapport du Dr U._____ du 27 avril 2021, un rapport d'IRM vertébro-spinale cervicale du 27 avril 2021, un rapport d'IRM cervicale du 6 juillet 2021 et deux rapports des 25 mai et 8 juillet 2021 du Prof. CC._____, spécialiste en neurochirurgie, et du Dr T._____ concluant qu'ils ne voyaient pas, ni ne soupçonnaient de lésions des ligaments à l'IRM et qu'ils ne voyaient donc aucune explication radiologique aux douleurs chroniques de la nuque.

Par courrier du 19 octobre 2021 adressé à l'OAI, l'assuré, désormais représenté, s'est interrogé sur la nécessité d'effectuer une expertise du moment qu'il s'était d'ores et déjà soumis tout récemment à une expertise qui avait confirmé l'existence d'atteintes durables à son état de santé. Si l'expertise devait être maintenue et attribuée comme cela était prévu au [...] Sàrl, l'assuré se réservait déjà d'émettre toute réserve quant au choix de ce centre d'expertises dont l'indépendance n'était aucunement garantie. Il a encore relevé que le mandat d'expertise avait été donné à un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation alors que les problèmes physiques dont il souffrait nécessitaient un médecin spécialisé en otoneurologie, cas échéant en neurologie.

Un compte rendu de la permanence SMR du 21 octobre 2021 est arrivé à la conclusion qu'une expertise psychiatrique ainsi qu'une expertise de médecine physique et réadaptation étaient indispensables. Une expertise ORL ayant déjà été réalisée, il n'était pas indiqué de demander ce volet. Comme l'experte ORL ne s'était pas positionnée sur la capacité de travail dans l'activité habituelle [recte : adaptée], il fallait ajouter un volet neurologique.

Par courrier du 16 novembre 2021, l'assuré a, par l'intermédiaire de son avocat, indiqué quels centres d'expertises devaient être mandatés ou au contraire ignorés et a adressé à l'OAI un questionnaire destiné aux experts.

Dans un courrier du 22 novembre 2021, l'OAI a informé le représentant de l'assuré que c'était le Centre d'expertises D._____ de [...] (ci-après : Centre d'expertises D._____) qui avait été mandaté, ce à quoi l'assuré s'est opposé par courrier du 25 novembre 2021 en demandant la récusation de ce centre.

Par décision incidente du 1^{er} décembre 2021, l'OAI a rejeté la demande de récusation et maintenu l'expertise prévue auprès du Centre d'expertises D._____.

Par courrier du 15 mars 2022, l'assuré a transmis à l'OAI un rapport du 3 février 2022 du Dr F._____ posant les diagnostics de symptomatologie vertigineuse récurrente et de status post-traumatisme crânien avec troubles cognitifs majeurs secondaires tout en indiquant que l'assuré présentait, au cours du temps, la persistance d'une problématique vertigineuse avec, aux dernières épreuves réalisées, la persistance d'une atteinte vestibulaire.

Après avoir examiné l'assuré les 30 mars, 6, 11 avril et 18 mai 2022, les experts du Centre d'expertises D._____ à savoir les Drs A._____, médecin praticien, W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, AA._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, O._____, spécialiste en neurologie et E._____, spécialiste en neuropsychologie, ont déposé un rapport le 23 août 2022 comprenant une évaluation consensuelle (faite après une conférence de consensus le 20 juillet 2022), cinq expertises spécialisées et une synthèse du dossier. Selon l'évaluation consensuelle, les experts ont posé les diagnostics sans impact sur la capacité de travail de trouble dissociatif mixte (F44.7) évoluant depuis février 2019 sans rémission, de trouble de

l'adaptation avec prédominance de la perturbation d'autres émotions (F43.23), évoluant depuis février 2019 en rémission partielle, de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), évoluant depuis février 2019, retenu sur l'existence de plaintes douloureuses non expliquées totalement et générant une détresse psychique modérée, sans rémission et de fibromyalgie. Ils ont estimé que la capacité de travail était entière tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Un rapport du Dr F. _____ du 3 février 2022, une radiographie des genoux du 11 avril 2022 et une échelle de somnolence d'Epworth du 30 mars 2022 ont été ajoutés au dossier.

Par courrier du 29 septembre 2022, l'assuré, sous la plume de son mandataire, a demandé à ce que la Prof. S. _____ soit interpellée afin qu'elle réponde aux questions suivantes :

« 1° A partir de quelle date la situation sur un plan ORL est-elle stabilisée ?

2° Quel serait le taux de capacité de travail du patient dans un emploi adapté, à savoir dans le domaine de la micro-mécanique de précision en position assise et dans un milieu non bruyant ?

3° Est-ce que sur un plan strictement ORL, le patient serait-il en mesure de faire face aux exigences du marché du travail, en cas de reprise d'une activité professionnelle à un taux partiel dans le cadre d'une activité adaptée, cas échéant à 100 % ? Dans l'affirmative, à quelles conditions ?

4° Toutes autres remarques utiles »

Par avis SMR du 3 octobre 2022, le Dr BB. _____, médecin praticien, a indiqué que :

« Nous devons discuter de l'expertise APG et de l'expertise Med@p. Concernant l'expertise de la Pre S. _____ nous ne sommes pas convaincus à plusieurs titres. Nous acceptons son diagnostic de contusion labyrinthique mais les LF ne sont pas clairement exprimées. Surtout, elle avance une CTAH nulle qui tient compte de cette atteinte et surtout de la « dysfonction atlanto-axiale se fondant sur un avis du Dr U. _____, chirurgien orthopédique, affection qui n'est pas dans son domaine de compétence. L'existence de cette affection ne fait d'ailleurs pas consensus au sein de la communauté médicale. Nous notons que l'IRM ne montre d'ailleurs pas de lésion selon la même expertise. Sans récuser l'atteinte labyrinthique nous ne pouvons retenir son estimation d'autant plus que le Whiplash

injuries chronique est actuellement considéré comme un trouble douloureux somatoforme et mérite d'être évalué comme tel par un psychiatre. Enfin, concernant les CT, nous remarquons que l'experte ne se positionne pas sur une CTAA (et non sur une CTAH comme indiqué dans le compte rendu de permanence du 21.10.2021). Pour ce qui est de l'expertise Med@ap, elle est globalement claire et convaincante. Les plaintes de l'assuré ont été entendues, l'anamnèse est précise, le status détaillé, les diagnostics argumentés, les ressources sont étudiées. Mais certains points méritent d'être précisés. Tout d'abord le bilan neuropsychologique n'est pas valide et ceci entraîne que la CT ne peut être estimée sur ce plan. Refaire un bilan n'apporterait qu'un probable résultat identique, le premier bilan ayant été aussi reconnu invalide. Ensuite nous aurions souhaité que l'expert de médecine physique discute du diagnostic de dysfonction atlanto-axiale car cette atteinte est dans son domaine de compétence. **Dans un premier temps nous remercions la gestionnaire d'interroger le Dr AA._____ ainsi**

:

- **Merci de discuter le diagnostic de dysfonction atlanto-axiale et ses éventuelles LF au vu de l'expertise de l'otoneurologue, la Pre S._____, après avis du Dr U._____, chirurgien orthopédique. »**

Par courrier du 4 novembre 2022 adressé à l'OAI, l'assuré a indiqué qu'il incombait à l'OAI de transmettre à la Prof. S._____ les questions contenues dans son envoi du 29 septembre 2022 du moment que le SMR avait expressément renoncé à une expertise ORL et ainsi validé la teneur et les conclusions du rapport de la Prof. S._____. Il a également transmis un questionnaire à l'attention du Dr AA._____.

Le 22 novembre 2022, l'OAI a répondu à l'assuré qu'il ne pouvait pas donner de suite favorable à sa requête tendant à ce qu'une série de questions complémentaires soient adressées à la Prof. S._____, étant rappelé que l'expertise otoneurologique avait été mandatée par un tiers.

Le 14 décembre 2022, le Dr AA._____ a commenté le rapport du Dr U._____ du 27 avril 2021, mais n'a pas pu se prononcer sur celui de la Prof. S._____, le texte adressé par l'OAI étant une « suite de chiffres ininterprétables » ne pouvant être commentés. Il a également répondu comme suit aux questions posées par le mandataire de l'assuré dans son courrier du 4 novembre 2022 :

« 1. Dans l'expertise du Centre d'expertises D. _____ à laquelle vous avez collaboré, vous retenez le diagnostic de fibromyalgie seulement.

Avez-vous examiné le diagnostic de dysfonction atlanto-axiale, retenu par la Pre S. _____ et le Dr U. _____ ?

L'IRM du rachis cervical du 12.11.2018 ne met pas en évidence de lésion C1-C2.

Dans son rapport médical du 20.11.2018, le Dr Ph. M. _____, chirurgien orthopédiste, ne retient pas de pathologie C1-C2.

Dans son rapport du 27.02.2018, le Dr H. _____, neurologue, Hôpital X. _____, retient probablement une atteinte neurologique fonctionnelle.

Par la suite, aucun praticien n'évoque l'instabilité C1-C2, notamment dans son rapport du 10.04.2018, le Dr. Z. _____, neurologue, pose le diagnostic de suspicion de troubles fonctionnels dans le cadre d'une surcharge, le Dr F. _____, ORL, consulté à plusieurs reprises ne parle jamais de ce diagnostic.

Sur des radiographies de colonne cervicale du 23.04.2021, le Dr R. _____, radiologue, décrit une minime rotation de la tête vers la droite, la dent de C2 n'est que discrètement excentrée par rapport aux masses latérales de C1, sur l'IRM vertébro-spinale cervicale du 23.04.2021, le même radiologue conclue (sic) à une asymétrie positionnelle de la dent par rapport aux masses latérales de C1, avec interligne diminué du côté droit. Les ligaments alaires, le ligament transverse C1 ainsi que la membrane tectoria conservent cependant un hyposignal physiologique, sans solution de continuité nette. Il ne retient pas le diagnostic d'instabilité C1-C2.

Dans son rapport médical du 25.05.2021, le Pr CC. _____, neurochirurgie, Hôpital X. _____, [...], met en doute l'existence d'une atteinte du ligament alaire, avec une instabilité. (...)

Dans son rapport médical du 08.07.2021 concernant le résultat de l'IRM de la colonne cervicale avec séquence spéciale pour les ligaments crânio-cervicaux du 06.07.2021, il concluait : *après discussion avec le neuroradiologue, nous ne voyons aucune atteinte des ligaments ni instabilité au niveau de la colonne cervicale haute, en particulier au niveau du ligament alaire.*

Ainsi, l'avis hautement autorisé du Pr CC._____ ne peut pas être mis en discussion, ce qu'admet le Pr S._____ dans son expertise, nous avons donc pris son avis et son diagnostic comme certain, comme l'avais recommandé le Dr U._____. (...)

Cet examen ne met pas en évidence de lésion spécifique de la région C1-C2, nous retenons des divergences entre les symptômes décrits, une non concordance entre les activités quotidiennes rapportées, les éléments du dossier et l'observation objective médicale.

2. Quelles raisons permettent d'écarter ce diagnostic de dysfonction atlanto-axiale chez l'expertisé ?

Cf supra.

3. Ces raisons sont-elles controversées dans le milieu médical ? Pour quelles raisons ?

Cf supra.

4. Quels éléments ou symptômes permettraient de conclure ce diagnostic ? A partir de quelle date ?

Aucun élément ou symptômes n'est retenu par les praticiens traitants, la suspicion d'instabilité C1-C2 a été invalidée de façon certaine par le Pr CC._____.

5. Quelles limitations fonctionnelles existent chez l'expertisé, en lien avec cette dysfonction ? Merci de détailler

Sans objet.

6. Quel est l'impact des symptômes pouvant répondre à ce diagnostic :

- Au quotidien ?

- Dans le cadre d'une activité professionnelle adaptée à de telles limitations fonctionnelles ?

Sans objet. (...) »

Par rapport d'examen du 9 janvier 2023, le Dr BB._____ du SMR a indiqué s'être déjà exprimé le 3 octobre 2022 sur l'expertise APG

de la Prof. S._____. S'agissant de l'expertise du Centre d'expertises D._____, il était totalement convaincu et la retenait comme claire et convaincante, à l'exception du bilan neuropsychologique, non valide. Il a précisé qu'il estimait que refaire un bilan neuropsychologique n'apporterait qu'un résultat identique, l'assuré majorant les symptômes dans le cadre de son trouble dissociatif.

Par projet de décision du 9 janvier 2023, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'il projetait de lui refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité dès lors qu'il possédait une pleine capacité de travail dans toute activité.

Dans un courrier du 10 février 2023, l'assuré a fait valoir des objections sommaires au projet de décision qu'il a complétées le 27 mars 2023 en faisant notamment valoir une violation du droit d'être entendu dans la mesure où son incapacité n'avait pas été correctement établie. En annexe était joint un rapport du 16 mars 2023 du Dr P._____ posant les diagnostics d'épisode dépressif en rémission partielle et d'anxiété généralisée en rémission partielle. Ce médecin a expliqué ne plus retenir le diagnostic de trouble dissociatif ou de syndrome somatoforme douloureux car les troubles de la concentration, de la mémoire, moteurs, les vertiges et les troubles de l'équilibre pouvaient s'expliquer de manière plus convaincante par un traumatisme cervical (« Whiplash Syndrome »). Il a précisé qu'il s'éloignait des diagnostics de l'experte W._____ et que le recourant présentait des séquelles d'un traumatisme cervical dont il fallait tenir compte en se référant à l'expertise de la Prof. S._____.

Par courrier du 1^{er} mai 2023, l'assuré, toujours sous la plume de son représentant, a déposé des objections complémentaires et transmis un rapport du Dr U._____ du 14 avril 2023 selon lequel l'expert AA._____ avait ignoré les résultats radiographiques qui expliquaient largement les troubles cervicaux de l'assuré, l'expert ignorant complètement le problème de base qui empêchait toute démarche pour reprendre le travail à 100 %. Selon lui, une capacité de travail dans

l'activité habituelle pouvait être de 50 % dans un endroit calme et avec la possibilité de bouger.

Selon un avis du 26 mai 2023, le Dr BB._____ du SMR a estimé que le rapport du Dr U._____ du 14 avril 2023 n'amenait aucun élément clinique ou paraclinique et qu'il n'avait pas cité quels documents radiographiques le Dr AA._____ n'aurait pas pris en compte. De plus, le Dr AA._____ avait commenté les radiographies et l'IRM dont il disposait et avait bien expliqué que l'instabilité était éliminée par le Prof. CC._____. Sur le plan clinique, l'examen de l'expert a été minutieux et a éliminé une lésion spécifique de la région C1-C2. Ainsi, il n'y avait pas lieu de modifier le projet de décision à moins que le Dr U._____ n'ait mentionné des documents dont l'expert n'aurait pas eu connaissance.

Par décision du 26 juin 2023, l'OAI a confirmé son projet de décision du 9 janvier 2023 et refusé toute mesure professionnelle et l'octroi d'une rente d'invalidité. Dans un courrier séparé du même jour, l'OAI a pris position sur les objections de l'assuré, notamment en alléguant que le rapport du Dr U._____ du 14 avril 2023 n'apportait aucun élément clinique ou paraclinique susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

C. Par acte du 29 août 2023, N._____, sous la plume de son mandataire, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité à 100 % dès le 1^{er} mars 2020 et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise sur le plan ORL. Il a fait valoir que la décision de l'OAI reposait exclusivement sur le rapport du Centre d'expertises D._____ du 23 août 2022 qui ne contenait pas de volet ORL dans la mesure où une expertise ORL avait déjà été réalisée par la Prof. S._____. Le Dr BB._____ a toutefois remis en cause cette expertise en raison de l'absence d'indication claire des limitations fonctionnelles et de la capacité de travail dans l'activité adaptée sans toutefois interpeller la Prof. S._____. Ainsi, dans la mesure où un volet ORL était absent de l'expertise du Centre d'expertises

D._____, le rapport du 23 août 2022 ne pouvait pas conserver toute sa pertinence. Le recourant a ensuite relevé une violation de son droit d'être entendu du fait que la Prof. S._____ n'avait pas été interpellée ainsi que par le refus injustifié de l'intimé d'inviter le Dr AA._____ à répondre aux questions transmises. S'agissant de l'expertise du Dr AA._____, le recourant s'est plaint du fait que cet expert n'avait pas tenu compte des réponses du Dr U._____ dans son rapport du 14 mars [recte : avril] 2023 qui reconnaissait explicitement des troubles cervicaux chez le recourant. Enfin, le rapport d'expertise de la Dre W._____ s'avérait des plus minimalistes en l'absence de renseignements pris directement auprès du Dr P._____, psychiatre traitant, ainsi qu'en l'absence d'établissement d'une mini CIF-APP qui empêchait de connaître les limitations fonctionnelles rencontrées par le recourant dans l'exercice des tâches quotidiennes. A l'appui de son recours, il a produit un onglet de pièces sous bordereau, comprenant notamment un rapport du 31 mai 2023 de la Prof. S._____ indiquant que, comparativement au bilan otoneurologique pratiqué en 2021, le bilan actuel montrait une amélioration de la discrimination verbale au niveau de l'oreille droite et une normalisation des épreuves visuo-oculomotrices, mais que, sur le plan canalaire, on constatait toujours un déficit vestibulaire gauche principalement en moyenne et basse fréquence.

Dans sa réponse du 16 octobre 2023, l'intimé a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, le recourant n'ayant produit aucun élément susceptible de mettre en doute le bien-fondé de sa position.

Répliquant le 8 janvier 2024, le recourant a relevé que l'intimé n'avait pas pris position sur la valeur probante des rapports de la Prof. S._____ et du Dr U._____ des 20 juillet 2021 et 14 avril 2023, ni sur les contradictions apparentes entre les différents rapports du dossier. Il a rappelé que l'OAI aurait dû soit procéder à une expertise incluant un volet ORL, soit se rallier à l'expertise ORL de la Prof. S._____ en sollicitant tout complément utile.

Par duplique du 8 février 2024, l'intimé a indiqué que le recourant n'amenait aucun élément qui remettait en question la valeur probante de l'expertise du Centre d'expertises D._____.

Les parties se sont encore exprimées par courriers des 13 mars et 23 avril 2024.

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 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. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, notamment à une rente, singulièrement sur le point de savoir quelle est sa capacité de travail.

3. Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de

l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022 comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

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^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

5. 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) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb ; cf. également ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références citées). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à la personne assurée 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées).

6. En l'espèce, le recourant a fait valoir que le rapport d'expertise du Centre d'expertises D._____ du 23 août 2022 ne pouvait pas conserver toute sa pertinence du moment qu'un volet ORL était absent de cette expertise. Il a également fait valoir une violation de son droit d'être

entendu dans la mesure où la Prof. S._____ n'avait pas été interpellée ainsi que par le refus injustifié de l'intimé d'inviter le Dr AA._____ à répondre aux questions transmises. S'agissant de l'expertise du Dr AA._____, le recourant s'est plaint du fait que cet expert n'avait pas tenu compte des réponses du Dr U._____ dans son rapport du 14 mars [recte : avril] 2023. Quant à l'expertise de la Dre W._____, son rapport s'avérait des plus minimalistes.

a) En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre d'expertises D._____ ne comporte aucun volet ORL. Les parties sont en revanche divisées sur le point de savoir si un tel volet devait être ou non intégré dans l'expertise. Le SMR a estimé que sa mise en œuvre n'avait pas lieu d'être du moment qu'une expertise ORL avait déjà été réalisée sur demande de l'assureur perte de gain, mais qu'un volet neurologique devait être ajouté dès lors que la Prof. S._____ ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée (cf. compte rendu de la permanence SMR du 21 octobre 2021). En outre, le Dr BB._____ a indiqué, dans un avis SMR du 3 octobre 2022, qu'il n'était pas convaincu par l'expertise de la Prof. S._____ à plusieurs titres, à savoir notamment que les limitations fonctionnelles n'étaient pas clairement exprimées et qu'elle ne se positionnait pas sur la capacité de travail dans une activité adaptée. On ne peut que constater ici que le raisonnement de l'OAI est contradictoire : soit il estimait que l'expertise de la Prof. S._____ était suffisante et devait ainsi suivre ses conclusions, à savoir que la capacité de travail n'était plus exigible dans l'activité habituelle et qu'une activité adaptée pouvait être envisagée, soit il pensait que cette expertise n'était pas probante et il devait dès lors investiguer ce domaine. L'OAI n'a non seulement pas envisagé un volet ORL mais s'est contenté de demander à ce que le Dr AA._____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, discute le diagnostic de dysfonction atlanto-axiale et ses éventuelles limitations fonctionnelles. A cet égard, on relèvera que le Dr AA._____, dans son rapport du 14 décembre 2022, ne s'est pas déterminé sur le rapport de la Prof. S._____ du moment que le texte transmis par l'OAI était une « suite de chiffres ininterprétables », mais a

mentionné une suspicion de lésion du ligament alaire. A cet égard, l'intimé n'a pas donné suite à la requête du recourant de voir la Prof. S. _____ questionnée (cf. courriers des 29 septembre et 4 novembre 2022) se contentant d'indiquer qu'il ne pouvait pas donner de suite favorable à cette requête, étant rappelé que cette expertise ORL avait été mandatée par un tiers (cf. courrier du 22 novembre 2022). Or on ne voit pas en quoi le fait que la Prof. S. _____ ait été mandatée par l'assureur perte de gain aurait empêché que de nouvelles questions lui soient transmises. Ensuite, l'OAI aurait au moins pu interroger le Dr F. _____ qui a, dans un rapport du 10 novembre 2019 adressé à l'OAI, posé le diagnostic de vertiges depuis février 2019 et a attesté une incapacité de travail totale du 12 mars au 1^{er} avril 2019. Ce médecin a posé le diagnostic de symptomatologie vertigineuse dans plusieurs rapports, que ce soit une symptomatologie vertigineuse post-traumatique (cf. rapports des 17 et 31 mars 2019), récurrente (cf. rapports des 5 mai, 21 juillet et 18 août 2019 ainsi que 3 février 2022), voire persistante (cf. rapport du 10 mai 2019 et du 28 octobre 2020). La mise en évidence d'une problématique ORL, que ce soit par la Prof. S. _____ ou par le Dr F. _____, appelait à l'évidence une appréciation spécialisée à tout le moins pour exclure une incapacité de travail résultant d'une atteinte dans ce domaine, autre que celle très sommaire du Dr AA. _____, afin d'analyser les diagnostics pertinents et leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail. On notera ici que les questions du recourant ont, contrairement à ce qu'a soutenu ce dernier, bien été transmises au Dr AA. _____ (cf. courrier du 4 novembre 2022 du représentant de l'assuré et rapport du 14 décembre 2022 du Dr AA. _____). Pour ce motif déjà, l'instruction apparaît insuffisante.

b) A cela s'ajoute le fait qu'en écartant le volet ORL de l'expertise pluridisciplinaire du Centre d'expertises D. _____, les experts n'ont pas pu analyser les interactions d'un éventuel diagnostics ORL sur les autres troubles présentés par le recourant, ni évaluer la capacité de travail du recourant de manière concertée, comme ils l'ont fait lors de la conférence de consensus du 20 juillet 2022. A cet égard, on rappellera que l'appréciation de la capacité de travail ne saurait être définie par la simple addition des incapacités de travail de chaque domaine, dès lors que

certaines limitations fonctionnelles coïncident et se superposent. Ainsi, le rapport d'expertise du 23 août 2022 ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante faute d'évaluer la situation et plus particulièrement la capacité de travail dans sa globalité.

c) On notera encore que le Dr M. _____ a, dans son rapport du 21 novembre 2018, posé les diagnostics de cervicobrachialgies gauches C5-C6, de status après contusion de la colonne cervicale le 3 novembre 2018 et de hernie discale C6-C7 gauche foraminale et ceux de de vertiges idiopathiques, de céphalées et cervicocéphalgies, de cervicobrachialgies gauches C5-C6, de status après contusion de la colonne cervicale le 3 novembre 2018 et de hernie discale C6-C7 gauche foraminale dans son rapport du 1^{er} mars 2019. La Dre C. _____ a également posé le diagnostic de cervicobrachialgies C6-C7 (cf. rapport du 12 février 2020). Le Dr U. _____ a, quant à lui, confirmé la présence d'une instabilité au niveau C1-C2 liée à la dysfonction atlanto-axiale (cf. rapport du 27 avril 2021). La Dre B. _____ a également indiqué que le recourant souffrait de cervicalgies invalidantes (cf. rapports des 23 janvier et 13 novembre 2020). Le Dr AA. _____ a lui-même indiqué que le recourant continuait à souffrir de cervicalgies, surtout à gauche, qui s'associaient à des céphalées et à des tensions des muscles trapèzes provoquant une douleur permanente avec des réveils nocturnes (cf. p. 19 du rapport d'expertise du Dr AA. _____) sans toutefois expliciter pour quelles raisons il ne retenait au final qu'un diagnostic de fibromyalgie (cf. p. 27 de son rapport). On peut dès lors s'interroger sur le point de savoir si le mandat confié au Centre d'expertises D. _____ n'aurait pas dû inclure un volet orthopédique, question qui peut toutefois demeurer ouverte au vu de l'absence d'un volet ORL.

d) Quant à l'expertise de la W. _____, on relèvera, avec le recourant, qu'elle n'a pas contacté le Dr P. _____ pour obtenir des renseignements alors que celui-ci était le psychiatre traitant du recourant (cf. p. 5 du rapport d'expertise de la Dre W. _____). S'il n'est pas obligatoire pour un expert de solliciter des avis auprès des médecins traitants, il s'avère en l'espèce que le cas du recourant est complexe et

qu'il n'aurait pas été superflu que l'experte psychiatre puisse en discuter avec le psychiatre qui suit le recourant ainsi que des limitations fonctionnelles présentées par ce dernier. En outre, l'experte psychiatre a indiqué que des troubles cognitifs cliniquement légers, qui ne paraissaient pas reliés à une pathologie psychiatrique, pourraient bénéficier d'une évaluation neuropsychologique afin de les préciser et de préciser également leur retentissement éventuel (cf. p. 27 du rapport de la Dre W._____). Or l'expert E._____ a quant à lui indiqué que l'examen neuropsychologique mettait en évidence des déficits très sévères dans des tâches de nature verbale (dénomination, mémoire verbale) et des performances médiocres à déficitaires dans les autres tâches, dans le contexte d'un ralentissement extrême aux tâches psychométriques, attentionnelles ou non. Ces éléments étaient observés, comme en 2019, en présence de nombreux signes de surcharge, dont toutefois rien dans l'examen ne permettait de dire qu'il s'agissait d'une majoration consciente. Le Dr E._____ a expliqué que ces signes de surcharge signifiaient que des facteurs non neuropsychologiques (psychiques probablement) interféraient avec la mobilisation des ressources cognitives et qu'ils étaient possiblement liés au trouble dissociatif retenu par l'experte psychiatre. Selon lui, la présence de tels signes signifiait qu'un examen neuropsychologique ne permettait pas d'appréhender les plaintes cognitives de l'assuré, plaintes dont il n'était donc pas possible de dire, d'un strict point de vue neuropsychologique, si elles sont fondées ou non. En conséquence, il n'était pas possible de poser un diagnostic neuropsychologique, ni de définir des limitations de la capacité de travail, qui était donc réputée totale (cf. p. 26 du rapport d'expertise du Dr E._____). La question de l'existence de troubles cognitifs légers n'a en définitive pas été tranchée, faute d'avoir investigué les questions précitées.

e) Par surabondance, on relèvera que la pleine capacité de travail reconnue par les experts du Centre d'expertises D._____ est contredite par différents rapports au dossier, notamment par la Dre B._____ qui a indiqué, dans un rapport du 31 octobre 2019, que le recourant n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle ou une

activité professionnelle quelconque. A cet égard, on signalera que la tentative du recourant de reprendre son activité professionnelle 3h par jour dès le 3 juin 2019 s'était soldée par un échec. Le Dr F._____ a attesté une totale incapacité de travail du 12 mars au 1^{er} avril 2019 (cf. rapport du 10 novembre 2019). La Dre B._____ a indiqué, dans un rapport du 23 janvier 2020, une impossibilité de reprise professionnelle, puis, dans un rapport du 13 novembre 2020, que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis l'accident et que le recourant n'avait pas pu être réintégré dans le monde professionnel. Enfin, elle a mentionné que les essais et tentatives de reprise du travail s'étaient soldés par des échecs et qu'elle ne pouvait imaginer une reprise du travail dans aucun type d'activité (cf. rapport du 6 décembre 2020). On signalera ici que ces doutes étaient partagés par le médecin du SMR dans son avis du 20 mai 2021 puisqu'il relevait que les doutes sur la reprise de l'activité habituelle avaient déjà été émis en 2019 par la Clinique J._____. Enfin, le Dr P._____ a attesté une totale incapacité de travail dans son rapport du 23 mars 2021 et le Dr U._____ une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50 % dans un endroit calme avec la possibilité de bouger (cf. rapport du 14 avril 2023). Ensuite, on relèvera que les experts du Centre d'expertises D._____ n'ont pas expliqué les motifs pour lesquels ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle (cf. p. 10 de l'évaluation consensuelle du 23 août 2022), alors même que la Dre B._____ a indiqué comme limitations fonctionnelles des performances déficitaires dans la plupart des tâches mnésiques, exécutives et attentionnelles (cf. rapport du 23 janvier 2020) ainsi qu'un trouble de la concentration, de la fatigue, des oublis et un ralentissement psychomoteur (cf. rapport du 13 novembre 2020). Pour sa part, le Dr P._____ a indiqué les limitations fonctionnelles suivantes : fatigabilité augmentée, trouble de la concentration, trouble de l'équilibre, difficultés dans les relations et dans la gestion des émotions et du stress (cf. rapport du 23 mars 2021). En dépit de la possible existence d'un trouble fonctionnel relevé par les Drs H._____, Z._____, V._____ et G._____, ainsi que par les psychologues VV._____ et FF._____, cet aspect ne figure pas dans l'expertise du Centre d'expertises D._____.

7. Des considérants qui précèdent, il résulte que les faits pertinents ont été investigués de manière insuffisante et que l’instruction doit par conséquent être complétée sur le plan médical afin que l’état de santé du recourant soit appréhendé dans sa globalité, tant sous l’angle des diagnostics – somatiques et/ou psychiques – pertinents que sous l’angle de leurs interactions et de leurs répercussions éventuelles du point de vue de la capacité de travail exigible. Vu les présentes circonstances, il se justifie d’ordonner le renvoi de la cause à l’OAI – à qui il appartient au premier chef d’instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l’art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l’intimé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire conformément à l’art. 44 LPGA, comportant un volet ORL, en sus des volets de médecine interne, de psychiatrie, de médecine physique et réadaptation, de neurologie et de neuropsychologie – étant ici expressément réservée la faculté d’y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune, notamment orthopédique –, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par le recourant, de déterminer quelles activités peuvent encore être raisonnablement exigées et, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision statuant sur les prétentions du recourant.

8. a) Il s’ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l’intimé pour complément d’instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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^{bis} LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, compte tenu de l’issue du litige.

c) Obtenant gain de cause avec l’assistance d’un mandataire qualifié, la partie recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après

examen de la liste des opérations déposée le 21 octobre 2024 par Me Métille, il apparaît qu'elle ne peut pas être intégralement suivie. En effet, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige, en particulier pour la rédaction des différentes écritures, ce d'autant que Me Métille représentait déjà le recourant au cours de la procédure administrative. On notera en outre que le montant des débours indiqué dans la liste des opérations est erroné, le 5 % de 3'900 fr. ne donnant pas 210 fr. 80 mais 195 francs. Ainsi tout bien considéré, il convient d'arrêter l'indemnité de Me Métille à 3'500 fr., débours et TVA à 7.7 % et 8.1 % compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]).

**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 26 juin 2023 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause étant renvoyée à cet office pour complément d'instruction et nouvelle décision.

- III.** 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.

- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à N. _____ un montant de 3'500 fr. (trois mille cinq cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me David Métille (pour N. _____),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :