

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 septembre 2011

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Pasche et M. Monod, assesseur
Greffière : Mme Donoso Moreta

* * * * *

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant, représenté par Me Amédée Kasser, avocat à Lausanne

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 17 al. 1 LPGA ; 4 al. 1, 28 al. 2 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le 27 octobre 1973, a déposé le 24 janvier 2000 une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant à une rééducation dans le métier de professeur de sport. Il y fait état de fractures multiples aux deux jambes.

Il résulte de l'extrait du compte individuel de l'assuré, ainsi que du rapport initial de l'OAI du 7 mai 2001, que l'assuré a effectué un apprentissage de mécanicien de précision d'août 1989 à 1994 sans obtenir de CFC. Il a ensuite reçu des indemnités de chômage de février à août 1994 puis a travaillé chez B. _____ à [...] d'août 1994 à octobre 1995. Il a été à nouveau au bénéfice de l'indemnité de chômage du mois de novembre 1995 au mois de février 1996. Il a travaillé de mars 1996 au mois de juillet 1997 chez T. _____ au fitness Y. _____, où il a été placé par l'ORP comme moniteur stagiaire pendant six mois. Il résulte de l'entretien entre l'inspecteur de la CNA et cet employeur que l'assuré a ensuite été engagé par celui-ci pour une durée indéterminée dès le 1^{er} juillet 1996 mais que son comportement a entraîné la résiliation du contrat pour fin juillet 1997. L'employeur relève que bien qu'aimable avec la clientèle, il arrivait très souvent en retard ou partait plus tôt sous divers prétextes, étant souvent "malade". L'employeur indique qu'il était d'autre part "passablement mythomane et plutôt feignant". L'assuré a déclaré, comme cela résulte du rapport initial précité, qu'il avait obtenu un diplôme de moniteur. Malgré plusieurs demandes de l'OAI, il n'a toutefois jamais produit de diplôme. Au chômage depuis août 1997, il a travaillé du 16 octobre au 4 décembre 1997 dans la société J. _____ en qualité d'aspirant agent de sécurité. Le Département de justice et police ne l'ayant pas agréé, son contrat a été résilié. A nouveau au bénéfice de l'assurance-chômage, il a travaillé en novembre 1998 chez P. _____, dans un atelier d'occupation dans le cadre du chômage pour le démontage et le tri de pièces d'ordinateurs jusqu'au 31 mars 1999.

Le 5 avril 1999, l'assuré a subi un accident de la circulation au volant de son automobile. Selon le rapport du 10 mai 1999 de la Dresse N._____, médecin assistante au [...], les diagnostics suivants ont été posés :

- fracture multifragmentaire du fémur gauche,
- fracture du tibia et du péroné gauches,
- fracture trimalléolaire de la cheville droite,
- plaie du menton,
- anémie,
- syndrome de loge de la jambe droite.

Le traitement ordonné a été l'ostéosynthèse des fractures, du lit strict et une fasciotomie.

Dans un rapport du 8 mars 2000, le Dr R._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué une incapacité de travail totale dès le 5 avril 1999. Il a mentionné notamment ce qui suit :

« Ce patient présente une amyotrophie quadricipitale gauche persistante à l'origine d'une faiblesse symptomatique, justifiant la poursuite de mesures d'électromyostimulation par Compex. Des mesures d'ordre professionnel demeurent justifiées afin qu'il puisse éviter les efforts de port de charge, de manutention, des déplacements sur des longues-distances ou en terrain irrégulier, le maintien prolongé de la position debout, ainsi que les efforts d'accroupissement ou travail en appui monopodal. Toutes activités permettant d'éviter d'importantes contraintes statiques ou dynamiques sur les membres inférieurs.

Diagnostic :

fractures pluriétagées du membre inférieur gauche avec fracas du fémur et fracture oblique courte du tibia gauche à la jonction du tiers moyen et tiers distal, fracture multifragmentaire postéro-interne du pilon tibial droite avec syndrome de loge post-traumatique et parésie résiduelle sévère des extenseurs en particulier de l'extenseur propre du gros orteil. »

Dans un rapport du 20 juillet 2000, le Dr S._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a exposé notamment ce qui suit :

« Pour le fémur gauche, le patient garde un syndrome douloureux en regard du foyer fracturaire, vraisemblablement en raison de son cal précaire et des lésions des parties molles qu'on peut bien imaginer. Pour la jambe gauche, l'évolution est favorable, et l'on devrait pouvoir procéder à l'AMO prochainement.

Pour la cheville droite, l'évolution est également favorable, dans la mesure où la consolidation est acquise, et là aussi on devrait procéder à l'AMO. Cependant l'assuré semble conscient que le devenir de cette cheville est incertain en raison de l'importance de la comminution articulaire lors du traumatisme.

Le syndrome de loge de la jambe droite a laissé des séquelles non négligeables. Le patient garde une parésie des releveurs du pied et des orteils.

Les lâchages du genou gauche sont vraisemblablement dus à l'insuffisance quadricipitale. Une lésion ligamentaire postéro-externe n'est pas exclue.

Propositions :

Comme cité plus haut, il semble que l'AMO de la jambe gauche et de la cheville droite sera effectuée en automne. Je prie le Dr R. _____ de l'organiser pour le début octobre, c'est à dire un peu après les examens de diplôme de l'assuré. Dès la guérison des plaies, je pense que cet assuré devrait quand même bénéficier d'une cure au CRR, à l'issue de laquelle une capacité de travail devrait être appréciée. Si d'aventure, l'assuré ne peut reprendre son activité de moniteur d'aqua-gym, il y aura lieu de relancer le processus AI. »

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse (AMO) a été pratiquée le 16 février 2001. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 13 au 23 mars 2001. Le Dr V. _____, chef du service de réadaptation générale à la CRR, a posé dans un rapport du 23 avril 2001 le diagnostic primaire de thérapies physiques et fonctionnelles (Z 50.1) et les diagnostics secondaires suivants :

- fracture multi-fragmentaire diaphysaire du fémur gauche le 05.04.99, ostéosynthésée par clou centro-médullaire (S 72.3) ;
- fracture tibio-péronière gauche le 04.05.99, ostéosynthésée par clou centro-médullaire (S 82.2) ;
- fracture trimalléolaire de la cheville droite ostéosynthésée par plaque et vis le 05.04.99 (S 82.8) ;
- séquelles d'un syndrome de loge de la jambe droite avec pied tombant (T79.6).

Le Dr V. _____ a indiqué que la situation n'était pas encore stabilisée sur le plan médical et que le pronostic quant à une reprise de travail comme entraîneur de fitness restait incertain, la capacité de travail actuelle étant nulle. Il a relevé que l'assuré ne souhaitait pour le moment pas demander

de mesures professionnelles et qu'il cherchait une place de travail où il s'occuperait de la gérance d'un fitness avec surveillance des salles d'entraînement, n'ayant ainsi pas à donner des cours qui mettraient trop à contribution les membres inférieurs. Durant l'été précédent, il avait suivi des cours de maître d'aqua-gym et il donnait actuellement, à but thérapeutique, des cours d'une demi-heure une fois par jour.

Dans un rapport du 16 août 2001, le Dr D. _____, médecin-conseil à la CNA, a observé notamment ce qui suit :

« Il subsiste actuellement des troubles douloureux, notamment au niveau de la cheville droite mais également du fémur et de la jambe gauches ainsi qu'une parésie résiduelle des releveurs du pied à droite.

L'état est stationnaire depuis plusieurs mois. Le matériel d'ostéosynthèse a été enlevé au niveau de la cheville droite et de la jambe gauche. Le clou fémoral gauche est encore en place et, selon l'assuré, il aurait été question de son ablation dans le courant de l'année prochaine.

Actuellement et à l'examen clinique, il subsiste une boiterie inconstante, partiellement liée à la parésie des releveurs du pied, résiduelle à droite. Les fonctions articulaires du membre inférieur sont satisfaisantes à l'exception d'une légère diminution de la mobilité de la cheville droite.

D'une façon générale, bien que les séquelles, en particulier celles du syndrome de loges à droite soient significatives, elles n'expliquent pas totalement l'importance et la persistance des plaintes subjectives.

Sur le plan professionnel, l'assuré travaille actuellement à raison de 3 fois une demi-heure par semaine comme enseignant d'aqua-gym et dit se chercher activement un poste de moniteur de fitness à 50%, jusqu'ici sans succès.

Pour l'instant, il nous paraît difficile d'exiger une capacité de travail comme garde du corps. Il est par ailleurs difficile de préjuger, dans le contexte actuel, du rendement exigible dans une activité comme moniteur de fitness. Un processus de reclassement par l'AI est par ailleurs en cours. »

Le Dr R. _____ a indiqué le 30 août 2001 que la date de reprise du travail restait indéterminée et a mentionné l'évolution suivante :

« Dernier contrôle ambulatoire le 20 juillet 2001. Doléances de lombalgies sur inégalité de longueur des membres inférieurs, post-traumatique. Douleurs importantes après l'effort à l'endroit des deux chevilles à prédominance droite avec, à droite, une extension dorsale/flexion plantaire de la cheville à 10/0/15, un testing

musculaire du jambier antérieur à M3- et l'absence d'activité musculaire de l'extenseur propre du gros orteil. »

Il résulte du rapport d'examen médical final établi le 1^{er} février 2002 par le Dr W. _____, médecin conseil à la CNA, notamment ce qui suit :

« Chez ce patient de 28 ans, polytraumatisé, toutes les fractures subies lors de l'accident : tibia droit, cheville droite, fémur gauche ont consolidé. Le matériel d'ostéosynthèse ne persiste qu'au fémur gauche. La situation a été compliquée d'un syndrome de loge du côté droit avec une faiblesse des releveurs du pied droit. Il persiste des séquelles sous forme d'un raccourcissement de 4 cm. du membre inférieur gauche clinique, d'un genu varum avec une distance intercondylienne de 7 cm, d'une faiblesse des releveurs du pied droit avec à la marche un steppage et une instabilité en appui monopodal, des douleurs difficilement vérifiables alléguées aux deux chevilles et à la cuisse gauche, des douleurs lombaires en rapport avec le déséquilibre du bassin secondaire au raccourcissement de 4 cm. du membre inférieur gauche incomplètement compensé.

Une AMO de la cuisse gauche est envisagée.

Il n'en reste pas moins que dans l'état actuel il semble y avoir une certaine discrépance entre les plaintes multiples exprimées de façon parfois agressive sur un certain fond de dépression et les constatations cliniques objectives.

En fait, ce patient de 28 ans devrait objectivement être en mesure d'effectuer à plein temps un travail assis ne nécessitant que de courts déplacements, permettant l'utilisation des deux membres supérieurs indemnes avec une colonne équilibrée en position assise. Ce n'est qu'en station debout que la colonne est déséquilibrée par un important raccourcissement de 4 cm. du membre inférieur gauche et par l'instabilité de la cheville droite secondaire à une parésie des releveurs du pied.

La marche est limitée et l'état des membres inférieurs ne permet pas d'envisager un travail debout ou nécessitant des déplacements autres que sur de courtes distances.

Objectivement toujours il serait en mesure de reprendre l'activité qu'il exerçait au moment de l'accident avec une pleine capacité. Toutefois ce travail ne lui plaisait pas et selon lui, lui avait été imposé.

Il semble y avoir un certain nombre de problèmes de motivation et de majoration d'une symptomatologie dont les bases objectives persistent néanmoins :

- raccourcissement d'environ 4 cm. du membre inférieur gauche avec déséquilibre de la colonne ;
- steppage du pied droit ;
- douleurs de la cheville droite sur ancienne fracture ;
- douleurs de la cuisse gauche sur ancienne fracture avec un clou centro-médullaire toujours en place.

Un reclassement professionnel devrait être entrepris chez ce patient de 28 ans dans une activité en position assise. »

Le 27 mars 2002, la Dresse L._____, médecin associée à l'Unité de Psychiatrie ambulatoire d' [...], a exposé suivre l'assuré depuis le 25 janvier 1999 à raison d'un entretien tous les quinze jours puis, au vu de l'évolution positive, d'un entretien mensuel. Elle a diagnostiqué un trouble affectif bipolaire actuellement en rémission (F31.7 selon la CIM-10), l'évolution sur le plan psychiatrique s'étant déroulée favorablement, permettant une meilleure introspection et limitant les passages à l'acte. Le pronostic paraissait bon.

Le 27 août 2002, le Dr R._____ a exposé la thérapie suivie et son pronostic de la façon suivante :

« Poursuite d'exercices de kinésithérapie afin de recouvrer le maximum de mobilité et de force musculaire aux deux MI. Chaussage orthopédique afin de faciliter le déroulement du pas du côté droit. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse, en l'occurrence d'un clou centro-médullaire verrouillé statique de type GK, est prévu le 14.10.2002. Cette intervention n'est en aucun cas susceptible de modifier l'impotence fonctionnelle douloureuse des deux chevilles ou les lombalgies, désormais chroniques. En cas d'installation d'un tableau clinique invalidant relatif à l'arthrose tibio-astragalienne secondaire du côté droit, une arthrodèse devra être proposée. Cette dernière devrait par ailleurs permettre de favoriser la déambulation. Un chaussage orthopédique est toutefois prévisible sur long terme ainsi qu'une compensation métrique du MIG par une surélévation du talon. »

Il a estimé nulle la capacité de travail au poste occupé jusqu'alors, cette dernière ne pouvant pas être améliorée. Selon ce praticien, une activité strictement sédentaire ou semi-sédentaire sans effort de port de charge, de maintien prolongé de la position debout ou de fréquents déplacements pouvait être envisagée à 50% sous la forme de demi-journées, sous réserve de l'absence de décompensation des lombalgies inférieures ou de l'importante impotence fonctionnelle douloureuse de la cheville droite. Dans ce cadre horaire, une diminution du rendement n'était prévisible qu'en fonction des sollicitations inhérentes à une éventuelle activité adaptée. Il ajoutait que la conjonction des lombalgies inférieures, des douleurs crurales gauches, de la limitation fonctionnelle douloureuse des deux chevilles à prédominance droite et des séquelles d'atteinte de la loge musculaire antéro-externe de la jambe droite occasionnait une entrave définitive à la déambulation et demeurait

susceptible de rendre la réinsertion particulièrement problématique sur le long cours.

Dans un rapport d'examen médical du 15 septembre 2003, le Dr Z._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique pour la CNA, a posé les diagnostics suivants :

- accident de la circulation du 5 avril 1999 avec fracture multifragmentaire du fémur gauche, fracture tibio-péronière gauche, fracture de la cheville droite du type 43 P2 (classification AO) avec zone comminutive (pilon tibial), syndrome de loge de la jambe droite ;
- état après ostéosynthèse des fractures, bonne guérison de la jambe, fémur avec une position en varus d'environ 10°, légère malposition en rotation interne et raccourcissement de 2.5 cm ;
- dommage articulaire post-traumatique de la cheville droite avec incongruence et altérations arthrosiques secondaires ;
- parésie complète du releveur du gros orteil parésie marquée des releveurs du pied à droite (conséquence du syndrome de loge).

Il a posé en outre les diagnostics de spondylolisthesis L5/S1 de degré 1 type II isthmique (selon Wiltse), cliniquement insignifiant et, anamnestiquement, de polytoxicomanie ainsi que de trouble bipolaire en rémission (F31.7 selon l'ICD-10). Le Dr Z._____ estimait que sur la base des données disponibles, il ne fallait pas supposer que le rachis lombaire, notamment le segment spondylolytique L5/S1, ait subi une lésion ou une décompensation, faute de donnée plausible. Il exposait qu'il était également peu probable que les blessures - dans le sens de séquelles tardives - aient aggravé le spondylolisthesis qui, si l'on tenait compte de l'anamnèse, n'était sans doute pas important cliniquement, ne comportant pas de risque accru de dorsalgies par rapport à un rachis normal, sans spondylolyse. Il était peu vraisemblable, selon le Dr Z._____, que la dégénérescence du disque intervertébral lombo-sacré fût importante ; le cas échéant, la relation avec les blessures ne serait pas pour autant établie. Il relevait qu'il fallait considérer les douleurs signalées comme un "low back pain", c'est-à-dire une lombalgie non spécifique, donc comme un symptôme, qui n'avait pas de lien de causalité naturelle avec

l'accident, le dossier ne mentionnant rien à cet égard. Sur la base des documents dont il disposait, ce praticien estimait que le trouble psychique décrit le 27 mars 2002 n'avait pas non plus de relation de causalité naturelle avec l'accident. S'agissant des traitements possibles, il estimait qu'il n'y avait pas d'éléments clairs en quantité suffisante pour motiver une arthrodeèse de l'articulation tibio-tarsienne et il ne pensait pas que les douleurs chroniques mécaniques fussent assez importantes pour justifier à elles seules une telle intervention. Eu égard à ce qui restait pour la mise en valeur d'une activité lucrative, il estimait que les dépenses pour la physiothérapie et d'autres mesures étaient complètement disproportionnées. Il relevait que les lésions des extrémités inférieures, et avant tout la blessure de la jambe droite, avaient laissé des gênes importantes. Ainsi, une activité sportive, telle la course ou le ski, ne serait possible que sous certaines conditions, pour autant qu'elle pût être exercée. La marche était rendue compliquée par la paralysie du pied et descendre ou marcher sur les surfaces irrégulières était encore plus difficile, à cause de la lésion de l'articulation tibio-tarsienne. Il relevait que le manque de force de la jambe gauche constituait sûrement une certaine limite pour soulever des charges lourdes et n'était également presque plus compatible avec le sport. Il estimait qu'un travail qui n'exigeait que peu de marche avec des charges n'excédant peut-être pas 20 kg pouvait en revanche être encore associé au résultat de la guérison de la fracture. Du point de vue orthopédique, il n'existait, selon lui, aucune raison plausible ou sérieuse pour la réduction temporelle d'une activité adaptée et les activités décrites dans les DPT (7077, 5959 et 4605 notamment) décrivaient des exigences physiques tout à fait adaptée aux conséquences des blessures aux jambes, ces activités pouvant être exécutées même avec un "low back pain". Il en concluait qu'il n'y avait aucune raison, du moins pas du point de vue orthopédico-traumatologique par rapport aux lésions dues à l'accident, pour que l'assuré ne pût pas exercer entièrement au moins une occupation en position assise.

Par décision du 9 juillet 2004, l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière du 1^{er} avril 2000 au 30 avril 2002. Il a considéré notamment ce qui suit :

« Depuis le 5 avril 1999 (début du délai d'attente d'un an), votre capacité de travail est considérablement restreinte.

A l'issue du délai de carence d'une année, prévu aux art. 29 LAI et 6 LPG, soit le 5 avril 2000, vous êtes toujours en incapacité totale de travail, ce qui vous donne droit à une rente entière dès le 1er avril 2000. Dès le mois de février 2002, votre capacité de travail est entière dans des activités légères dans le domaine de l'industrie et vous pourriez prétendre dès lors à un revenu annuel brut de Fr. 40'051.- : sertissage et montage de connecteurs, employé à l'emballage et expédition, adoucissage circulaire, manœuvre dans l'assemblage, ouvrier monteur en appareils dans le domaine de l'électronique. Ces emplois ne nécessitent pas de formation particulière et sont raisonnablement exigibles.

Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible :

sans invalidité : CHF 48'000.00

avec invalidité : CHF 40'051.00

La perte de gain s'élève à CHF 7'949.00 = un degré d'invalidité de 16.56%. »

Le 14 septembre 2004, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a contesté la fin de son droit à la rente et a produit notamment un certificat médical du 17 août 2004 de la Dresse L._____, qui mentionnait que l'assuré présentait un trouble de la personnalité se manifestant par une personnalité émotionnellement labile, type borderline, actuellement mal compensée en raison de conflits assécurologiques. Ces troubles se manifestaient par une impulsivité, une difficulté à gérer les émotions et les pulsions, des troubles du sommeil et une exacerbation des douleurs secondaires à un accident de circulation datant de 1999. La Dresse L._____ proposait qu'il soit procédé à une expertise multidisciplinaire, afin de préciser la capacité de travail de l'assuré.

Une expertise pluridisciplinaire a été effectuée par les Drs K._____, spécialiste FMH en rhumatologie, et Q._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie au Centre d'expertise médicale (CEMed), qui ont établi leur rapport le 16 juin 2006. Ils ont posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants :

- personnalité borderline (ICD -10 F60. 31),
- troubles somatoformes douloureux (ICD-10 F45.4) depuis 1999,
- épisode dépressif moyen (ICD-10 F33.1),

- arthrose tibio-tarsienne sévère post-traumatique de la cheville droite,
- paralysie complète du releveur du gros orteil droit et paralysie marquée des releveurs du pied, toujours à droite,
- spondylolisthésis de L5-S1 de degré I.

Ils ont posé en outre le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail d'hypogonadisme sur insuffisance hypophysaire.

Sur le plan somatique, les experts ont observé que l'examen clinique montrait nettement des troubles posturaux, un raccourcissement du membre inférieur gauche de 3 cm, une diminution de la musculature du membre inférieur droit et une paralysie du pied droit. Lorsque l'assuré devait se déplacer sans chaussures, sur sol plat, il boitait et devait faire attention pour ne pas s'encoubler. Par contre, le reste de l'examen clinique était normal, même si le patient n'arrivait pas à se pencher en avant. Lors de ce mouvement, il ne présentait toutefois pas de contracture musculaire et l'inclinaison du thorax était parfaitement harmonieuse. La masse musculaire était augmentée d'une façon harmonieuse également. Il n'y avait pas de corrélation entre les plaintes et l'examen physique. Les séquelles constatées durant l'examen clinique empêchaient selon les experts tout travail nécessitant un déplacement, en montée ou en descente. Par contre, l'assuré pouvait travailler à 100% en position assise, avec la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, par exemple dans un travail de bureau ou un travail dans la petite mécanique. Ils relevaient en outre ce qui suit :

« Sur le plan psychique, l'anamnèse et l'examen clinique mettent en évidence une pathologie psychiatrique majeure, qui se manifeste d'abord par une fixation très importante au traumatisme de 1999. Au problème de jambes se sont ajoutées des douleurs dorsales, puis des céphalées et des cervicalgies. Actuellement, les plaintes douloureuses multiples dominent le tableau clinique.

Par ailleurs, l'histoire de M. H. _____ et le tableau clinique actuel signent des troubles de la personnalité sans doute déjà présents avant l'accident, mais que celui-ci a décompensés : impulsivité, surestimation grandiose de soi-même, tendances projectives, consommation de drogues, instabilité affective et professionnelle, tout cela confirme le diagnostic de personnalité borderline évoqué par la Dresse L. _____ dans ses rapports.

De plus il existe aujourd'hui un état dépressif net, qui se marque par une thymie triste sous un masque souriant, des idées de culpabilité, une baisse d'élan vital, des troubles du sommeil, une idéation

suicidaire. Dans l'un de ses rapports, la Dresse L. _____ a évoqué l'existence d'un trouble affectif bipolaire. Notre observation et les éléments à notre disposition ne nous permettent pas de reprendre ce diagnostic. A notre avis, les troubles de l'humeur présentés par l'expertisé entrent dans le cadre de ce qu'on observe couramment chez les personnalités borderline, connues pour leur instabilité émotionnelle.

Dans ce contexte de trouble majeur de la personnalité, les douleurs dont se plaint M. H. _____ peuvent être considérées comme un trouble somatoforme douloureux développé sur la base de séquelles organiques de l'accident de 1999. On peut faire l'hypothèse que chez ce jeune homme fragile, très investi dans ses activités corporelles et son apparence physique, l'accident de 1999 a signifié une blessure narcissique insupportable. Déjà instable dans sa vie professionnelle et personnelle, il ne possédait pas les capacités psychologiques pour réorienter ses investissements dans d'autres directions. Sur la base de séquelles organiques objectives, on a assisté à une chronification des troubles dans un contexte de conflit asséculo-logique, avec le développement conjoint d'un état dépressif chronique et d'un syndrome somatoforme douloureux. Parallèlement, les traits pathologiques de la personnalité se sont exacerbés, en particulier au niveau de l'impulsivité et des tendances violentes.

L'ensemble de ces troubles entraîne une incapacité de travail totale depuis l'accident.

Des mesures de réadaptation professionnelle seraient indiquées sur le plan somatique, dans le sens où les troubles physiques qu'il présente ne l'empêcheraient pas d'exercer une profession dans la petite mécanique ou le travail de bureau.

Cependant, pour qu'elles puissent avoir quelque chance de succès, il faudrait que l'expertisé puisse bénéficier d'un soutien psychosocial et psychiatrique adéquat, ce qui n'est pas le cas actuellement. Notamment, il n'y a pas de médication antidépressive ni de soutien psychothérapeutique hors ses rencontres avec des infirmiers. Avec ceux-ci, il entretient de bons rapports, mais il nous paraît qu'un soutien médical et social en parallèle serait indiqué.

Bien sûr, étant donné les troubles de la personnalité de l'assuré, une telle prise en charge psychiatrique et psychosociale sera toujours difficile à mettre en place et surtout à maintenir en raison de son impulsivité et de sa tendance à rompre en cas de conflit. Cependant, il vaut sans doute la peine, chez cet homme jeune, d'en faire la tentative. Si un tel encadrement psychosocial peut être mis en place et amener un certain amendement des symptômes douloureux et dépressifs, une certaine stabilisation de sa personnalité, alors des mesures de placement ou de réadaptation pourraient être envisagées. »

Selon les experts, les limitations sur le plan physique étaient donc que l'assuré ne pouvait pas se déplacer sur un sol non plat, ni se déplacer en montée et descente. Il ne pouvait plus porter de charges à

cause de ses problèmes d'équilibre et devait pouvoir changer de position toutes les 45 minutes. Il ne pouvait plus travailler dans l'activité exercée jusqu'alors mais sa capacité de travail était totale dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites. Sur le plan psychique, les experts estimaient que l'état psychique actuel entraînait une incapacité totale de travail depuis 1999.

Dans un avis du 3 août 2006, la Dresse M. _____ du Service médical régional de l'AI (SMR) a mentionné notamment ce qui suit:

« Sur le plan somatique, l'expertise retient une arthrose tibio-tarsienne sévère post-traumatique de la cheville D, une paralysie complète du releveur du gros orteil D et une paralysie marquée des releveurs du pied D, et un spondylolisthésis L5-S1 de degré I. L'estimation de la CT est la même que celle de la SUVA : IT 100% dans l'activité antérieure, CT 100% dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles (position assise, possibilité de changer de position toutes les 45 min, pas de port de charges).

Sur le plan psychique, les diagnostics suivants sont retenus : personnalité borderline (F60.31), trouble somatoforme douloureux (F45.4), épisode dépressif moyen (F33.1), et ce sont les deux derniers diagnostics qui motivent une IT totale (p.34).

Nous contestons les conclusions de l'appréciation psychiatrique.

Le syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) (SDSP) n'est pas en soi une affection invalidante. Les critères de Mosimann ne sont pas remplis dans ce cas. D'une part il n'y a pas de comorbidité psychiatrique manifeste :

- Le trouble bipolaire suspecté par la Dresse L. _____ n'a pas été confirmé, seul un épisode dépressif a été décrit, en l'absence d'épisode maniaque.
- L'épisode dépressif moyen est concomitant au SDSP, l'accompagne, mais il ne s'agit pas d'une comorbidité.
- Il n'y a pas de signes d'une affection psychotique.

D'autre part, parmi les autres critères, il n'y a pas de perte d'intégration sociale, d'état psychique cristallisé, ni d'échec de traitements conformes aux règles de l'art.

L'épisode dépressif moyen est un épisode unique, il n'entre pas dans le cadre d'un trouble dépressif récurrent. L'expert ne décrit pas de limitations fonctionnelles pouvant justifier une invalidité.

Quant au trouble de la personnalité, type borderline (F60.31), il était présent avant l'accident, alors que l'assuré travaillait. L'expert indique que les troubles de la personnalité ont été décompensés par l'accident, mais il ne décrit pas non plus de symptômes d'une atteinte psychiatrique invalidante.

En conclusion, nous partageons l'avis de l'expert psychiatre en ce qui concerne les diagnostics qu'il a posés, mais contestons qu'il s'agisse là d'affections invalidantes. Nous maintenons l'avis qu'une CT est exigible à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles déjà précisées.

Dossier présenté au Dr G._____, psychiatre. »

Par décision sur opposition du 21 décembre 2007, l'OAI a confirmé son premier prononcé. Considérant que l'expertise du CEMed avait pleine valeur probante, il a retenu que la capacité de travail de l'assuré était entière sur le plan somatique, dans une activité adaptée. Par contre, du point de vue psychiatrique, l'OAI s'écartait de la capacité de travail retenue par le Dr Q._____, tout en précisant que ce n'était pas le diagnostic de l'expert qui était remis en cause, mais uniquement la capacité de travail estimée en fonction de ce diagnostic, s'agissant là avant tout d'un problème juridique lié à l'exigibilité d'un effort de volonté. En effet, un trouble somatoforme douloureux n'était pas une base suffisante pour conclure à une invalidité et l'état dépressif moyen de l'assuré n'était pas constitutif d'une comorbidité psychiatrique importante. Par ailleurs, l'assuré ne souffrait pas de perte d'intégration sociale, son état psychique n'était pas cristallisé et on ne pouvait pas parler d'échec de traitements conformes aux règles de l'art. Par conséquent, l'OAI retenait une capacité de travail entière sur le plan psychique également, dans une activité adaptée.

B. Par l'intermédiaire de son conseil, H._____ a recouru contre cette décision le 4 février 2008, en concluant avec dépens à la réforme de celle-ci, en ce sens que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité au-delà du 30 avril 2002. Il conclut également à l'allocation d'un intérêt moratoire de 5% l'an dès le 1^{er} janvier 2003. Il allègue en substance que c'est à tort que l'OAI n'a pas suivi les conclusions de l'expertise du CEMed et que son état psychique entraîne bien une totale incapacité de travail, comme le retient l'expert dont le rapport a valeur probante.

Dans sa réponse du 20 mars 2008, l'OAI a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique, le recourant a produit une attestation médicale du Dr X._____, spécialiste FMH en médecine générale, datée du 28 mars 2008, qui certifie que, pour des raisons médicales, l'assuré

doit pouvoir disposer d'un logement assez spacieux, en particulier avec une pièce séparée où il puisse s'isoler si nécessaire. Le recourant a également produit une attestation de son ancien employeur, selon lequel son salaire annuel aurait été de 50'000 fr. en 2004.

Dans ses écritures du 7 mai et du 2 juin 2008, l'OAI a maintenu ses conclusions.

Le dossier de la CNA a été produit, dans lequel figurent notamment les pièces suivantes :

- une décision rendue par la CNA le 20 février 2003, par laquelle elle reconnaît au recourant un droit à une rente d'invalidité de 17% (basée sur un gain annuel assuré de 44'220 fr.) dès le 1^{er} janvier 2003, au motif que le recourant ne pourrait, en comparaison d'un revenu de valide fixé à 48'000 fr., plus réaliser qu'un revenu de 40'000 fr. en exerçant à plein temps et rendement une activité légère en position assise ; la CNA a également versé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 14'580 francs, fondée sur un taux de 15% ;
- une décision sur opposition rendue le 5 mars 2004 par la CNA, confirmant sa première décision, au motif que le rachis lombaire, et notamment le segment spondylothique L5-S1, n'avait pas subi de lésion ou de décompensation due à l'accident et que les troubles psychiatriques subis par le recourant n'étaient pas non plus dus à l'accident ;
- un jugement rendu le 20 juin 2001 par le Tribunal correctionnel de l'arrondissement de La Broye et du Nord vaudois, condamnant l'assuré à une peine du dix-huit mois avec sursis pendant trois ans pour infraction grave à la loi sur les stupéfiants, subordonnant le sursis à la condition que l'assuré suive un traitement psychiatrique ambulatoire pour toxicomanes.

Les parties se sont déterminées sur le dossier de la CNA. Le recourant relève notamment que l'aspect psychiatrique y fait défaut et qu'il a été victime en 2005 de chutes ayant eu comme conséquence des

difficultés à l'élévation et à l'abduction de l'épaule gauche, qui ne sont pas non plus médicalement documentées dans ce dossier. Il allègue également que l'examen médical du 15 septembre 2003 et l'expertise du CEMed diffèrent, dès lors que cette dernière expertise, plus récente, prend en compte une limitation fonctionnelle supplémentaire sur le plan somatique. Dès lors que, sans tenir compte de la composante psychique, le CEMed mentionne qu'il ne pourrait travailler dans une activité adaptée à son état de santé en position assise que s'il avait la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, le recourant en déduit que les activités proposées par l'assureur-accidents, qui s'effectuent essentiellement en position assise, ne sont pas compatibles avec son état de santé. Pour le surplus il se réfère à ses précédentes écritures.

En cours de procédure, le CEMed a été interpellé. La Dresse C._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué le 8 octobre 2008 que le Dr Q._____ avait quitté le centre et a relevé notamment ce qui suit :

« Le trouble somatoforme douloureux en tant que tel ne justifie pas d'incapacité de travail. Un épisode dépressif moyen peut altérer la capacité de travail mais ne peut être la cause d'une incapacité totale. A noter à ce sujet que les troubles constatés dans le cadre de l'examen psychiatrique ne permettent pas de soutenir totalement le diagnostic posé. L'expert psychiatre constate surtout une labilité et une incontinence affective. Dans sa discussion, il constate d'ailleurs très justement que : *à notre avis les troubles de l'humeur présentés par l'expertisé entrent dans le cadre de ceux qu'on observe couramment chez les personnalités borderline, connues pour leur instabilité émotionnelle.* La symptomatologie dépressive observée par l'expert ne peut être considérée comme invalidante. Le trouble de la personnalité par contre ne fait aucun doute mais il était déjà manifeste avant l'accident. Il est difficile à apprécier rétrospectivement et d'après le dossier, le degré d'une éventuelle décompensation de ce trouble. L'assuré a eu un parcours professionnel plutôt chaotique que l'on peut attribuer aux difficultés relationnelles dues à son trouble de la personnalité. Cela ne l'a pas empêché de trouver et retrouver du travail le cas échéant ainsi que d'entreprendre plusieurs tentatives de formation est même d'obtenir un diplôme de professeur de fitness. Comme déjà mentionné plus haut, il est difficile de nous prononcer plus en détails sur les conclusions de l'expert de l'époque. »

Les parties se sont déterminées sur cette lettre. L'OAI a allégué notamment que les constatations de la Dresse C. _____ confirmaient en grande partie la position du SMR, à savoir qu'un trouble somatoforme douloureux, accompagné d'un épisode dépressif moyen, ne saurait être considéré comme invalidant au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Le recourant a produit un rapport médical du Dr F. _____, médecin adjoint au Département de psychiatrie de [...], du 19 juillet 2010, qui diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée à sévère (F33) et une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) et qui indique notamment ce qui suit :

« **Constatations objectives**

Présentation : le patient se présente soigné sur sa personne, il est agréable dans le contact, il est calme, collaborant, souriant, confiant.

Discours et fonctions cognitives : on ne met pas en évidence de trouble des fonctions intellectuelles, ni de trouble grave du cours de la pensée. Cependant, de discrets troubles de logique sont présents, notamment des confusions de niveau logique, des généralisations abusives. Ceci est particulièrement remarquable lorsque le sujet aborde ses troubles de santé et sa relation conflictuelle avec les services de l'AI.

Thymie : la thymie est diminuée la plupart du temps, le sentiment de désespoir est prééminent, l'avenir est envisagé comme extrêmement sombre, les idées suicidaires sont présentes, scénarisées, mais contenues. Souhait d'être mort. Le retrait social est important. Le sentiment de culpabilité est présent. L'appétit est conservé. Le sommeil est perturbé dans sa durée et dans sa qualité: au début de nuit, au milieu de nuit, et réveil très précoce sans pouvoir se rendormir. L'énergie vitale est diminuée. Perte de productivité. Anxiété psychique et physique. Symptômes somatiques généraux sous formes de douleurs musculo-squelettiques marqués. Importante irritabilité. Agitation. Suspicion.

Echelle de Hamilton pour la dépression : score global «27 » ce qui correspond à une intensité de la dépression de modérée à sévère.

Fonctionnement de la personnalité : plusieurs traits durables de la personnalité de M. H. _____ permettent de conclure à un fonctionnement pathologique correspondant à un trouble grave de la personnalité. Un caractère soupçonneux et une tendance envahissante en déformant les événements en interprétant les actions impartiales comme hostiles et méprisantes, se manifestant plus particulièrement vis-à-vis des services de l'AI, mais aussi vis-à-vis des personnes de son entourage, le conduit à s'isoler socialement, à se méfier même des avocats qu'il a sollicité, et dans les situations d'examen médicaux, à paradoxalement cacher une partie de ses difficultés pour faire bonne impression et éviter d'être jugé. Une tendance à agir de manière impulsive, une instabilité de

l'humeur, des accès de violences et des comportements explosifs. Une image de soi perturbée et contradictoire à la fois profondément dévalorisée (ceci était déjà présent avant l'accident) et grandiose sur un mode très infantile. Conduites à risque, tendances toxicomaniaques, instabilité des relations affectives. Un vide affectif. Ces caractéristiques se retrouvent chez les personnalités émotionnellement labiles type borderline (diagnostic retenu par la Dresse L. _____ et l'expert psychiatre).

[...]

Tests psychologiques : l'ensemble évoque un **fonctionnement prépsychotique probablement en voie de fragilisation**, susceptible de brusques dérapages. Les fluctuations laissent émerger des angoisses à connotations persécutoires. Les mécanismes de défenses sont de nature narcissique et caractérielle.

Dans les diagnostics précédemment posés, quels sont ceux qui limitent clairement la capacité de gain de M. H. _____ ?

Les deux troubles limitent clairement la capacité de gain de M. H. _____. Les symptômes dépressifs sont d'une intensité suffisamment sévère. Le trouble grave de la personnalité qui préexistait avant l'accident et avait déjà conduit M. H. _____ à consulter la Dresse L. _____ joue son rôle également dans l'incapacité de gain. La personnalité pathologique a été fragilisée par l'accident à cause de la perte psychologiquement irréparable d'un corps jeune, idéalisé, magnifié, support narcissique. Un corps à montrer, objet de fierté et médiateur des relations sociales, devenu un corps de honte qu'il faut cacher.

Depuis l'expertise effectuée par le CEMed en juin 2006, l'état de santé de M. H. _____ s'est-il aggravé, amélioré ou est-il resté stable? Merci d'objectiver votre réponse

Ma réponse serait : est-il possible d'aller encore plus mal? Mes observations sont superposables à celles faites par mon confrère psychiatre le Dr Q. _____. Selon M. H. _____, son état de santé se péjore d'année en année. Pour l'objectivation de ma réponse je vous renvoie à l'observation objective et aux plaintes subjectives. Et je vous fais remarquer que je ne me prononce que par rapport aux troubles psychiatriques de M. H. _____ pour affirmer qu'il est gravement malade.

Un traitement psychiatrique est-il encore susceptible d'améliorer significativement la capacité de travail? Cas échéant en quoi doit consister ce traitement? Dans quel délai son effet sur la capacité de travail peut-il être attendu ?

Je ne pense pas qu'un traitement psychiatrique puisse améliorer significativement la capacité de travail.

Est-ce qu'à l'instar de ce que supposait le Dr Q. _____ dans l'expertise précitée le suivi psychiatrique régulier de M. H. _____ lui permettrait aujourd'hui de suivre des mesures de réadaptation ? Merci d'objectiver votre réponse

M. H. _____ présente un trouble dépressif associé à un trouble grave de la personnalité, avec pour effet des difficultés relationnelles importantes sur un fond de sentiment de persécution, une agressivité et une impulsivité se manifestant par des crises de

violence, une instabilité émotionnelle, des difficultés liées aux tâches administratives, des difficultés lors des déplacements, une difficulté à maintenir un rythme diurne nocturne, une hypersensibilité au stress. Tout ceci fait obstacle à des mesures de réadaptation. Je suis en traitement M. H. _____ depuis le 1^{er} octobre 2009 et je ne constate pas d'amélioration significative de son état.

Les diagnostics précités constituent-ils une véritable pathologie psychiatrique, existant à côté des troubles somatoformes? Compte tenu de cette pathologie, quelle est la capacité de travail de M. H. _____?

Les diagnostics précités constituent la grave pathologie psychiatrique cause de l'incapacité de travail de M. H. _____.

Avez-vous constaté d'autre part un retrait social de M. H. _____? En quoi consiste-t-il?

Oui, M. H. _____ évite les contacts sociaux à un nombre très limité de personnes. Il a honte de son corps, se sent jugé, observé, pourrait devenir agressif et violent. Il se méfie même de ses anciens copains. Plus profondément, ses relations étaient déjà fragiles avant l'accident. Il rencontrait ses pairs dans des cadres festifs, où il pouvait avoir le sentiment de briller et d'être envié et admiré. Il ne sort que très peu de chez lui. Cf les plaintes subjectives.

Peut-on exiger objectivement parlant un réel effort de volonté de la part de M. H. _____ pour se mettre au travail et dispose-t-il des capacités psychologiques nécessaires pour réorienter ses investissements?

Non, compte-tenu de ce que j'ai déjà exposé, je ne pense pas que M. H. _____ a les capacités psychologiques de vaincre ses angoisses hypochondriaques, son sentiment de persécution, sa méfiance vis-à-vis des autres et de s'investir dans un projet de réhabilitation.

A ce jour, les traitements engagés ont-ils permis d'améliorer objectivement et définitivement l'état de santé de M. H. _____? Existe-il une chronicisation du trouble psychiatrique? Et cas échéant du symptôme somatoforme douloureux ou d'une affection corporelle quelconque?

Non comme dit plus haut, les traitements engagés n'ont pas permis d'améliorer objectivement et définitivement l'état de santé de M. H. _____. Il existe une chronicisation du trouble psychiatrique. Le trouble somatoforme douloureux n'est pas à mon avis le diagnostic principal à retenir. En ce qui concerne des séquelles physiques, elles sont admises dans l'expertise CEMed de juin 2006.

Toutes autres remarques que vous pourriez faire valoir

On doit admettre que M. H. _____ souffrait de troubles psychiatriques avant son accident et que ce dernier a profondément perturbé un fonctionnement de personnalité particulièrement fragile. »

A l'appui de sa détermination du 9 septembre 2010, l'OAI s'est rallié à un avis médical du Dr BB. _____ du SMR du 23 août 2010, qu'il a

produit, lequel relève que le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline figurait déjà au dossier, ayant été posé tant par la Dresse L. _____ que par l'expert psychiatre du CEMed en 2006. Il a relevé que ce trouble n'avait pas été retenu comme ayant valeur incapacitante (cf. l'avis médical du SMR du 3 août 2006 et le rapport médical du 8 octobre 2008, ainsi que la réponse des experts du CEMed). Il a ajouté qu'il en allait de même concernant le diagnostic d'épisode dépressif. Par ailleurs, dès lors que le Dr F. _____ affirmait que les traitements engagés n'avaient pas permis d'améliorer objectivement et définitivement l'état de santé de l'assuré, sans nullement décrire lesdits traitements, le Dr BB. _____ proposait de réinterroger ce praticien à propos de ce traitement, ainsi que de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis la prise en charge par le Dr F. _____, afin de connaître l'évolution de l'état de santé psychique de l'assuré depuis octobre 2009.

Sur interpellation du Juge instructeur, le Dr F. _____ a complété le 23 décembre 2010 son rapport, comme suit :

« - Quelle est la fréquence du suivi à l'UPA?

Monsieur H. _____ est suivi régulièrement par moi-même depuis le 19 octobre 2009. Je l'ai vu pour des entretiens d'une heure à 18 reprises, ce qui représente une fréquence de suivi d'une séance chaque trois semaines.

- En quoi consiste le traitement?

Le traitement a pour objectif de traiter l'état dépressif et les troubles émotionnels par un moyen médicamenteux, d'améliorer les relations intrafamiliales par des entretiens individuels et un entretien de couple, de mobiliser le patient pour qu'il sorte de chez lui.

- Préciser la posologie du traitement psychotrope et la compliance?

Un traitement de Sertraline 20mg a été débuté le 10 juin 2010, le dosage a été rapidement augmenté à 2 cps/j. équivalent à 40mg/j. Anamnestiquement, la compliance est bonne, le dosage sanguin du 06.12.10 donne le résultat suivant: 19mg/ml., ce qui correspond à un taux thérapeutique.

- Quelle est l'évolution sous traitement depuis le début de la prise en charge?

En ce qui concerne les symptômes liés au diagnostic de trouble de la personnalité que j'ai décrits dans mon rapport du 19 juillet 2010, je n'observe pas de modification.

En ce qui concerne la thymie, j'ai pu relever une discrète amélioration, ce que le patient confirme en disant que la Sertraline

l'aide. Il dit mieux maîtriser son agressivité vis-à-vis de sa femme et/ou de son fils.

La symptomatologie douloureuse n'a pas évolué. Il ne sort de chez lui que pour aller une heure par jour au fitness, tôt le matin, pour éviter de rencontrer du monde. Il reste très méfiant et soupçonneux. Cette activité physique, qui peut paraître paradoxale chez un patient qui se plaint de douleurs musculosquelettiques, est indispensable à l'équilibre psychologique du patient.

Le pronostic concernant notamment la capacité de travail et une éventuelle réinsertion professionnelle reste réservé. »

Le 25 janvier 2011, l'OAI a maintenu ses conclusions. Il a mentionné en outre que le recourant avait un site internet, sur lequel il déclarait travailler comme coach de fitness, avec plus de 15 ans d'expérience dans le milieu sportif et plus de 1'000 personnes suivies ces trois dernières années. On pouvait y voir de nombreuses photos du recourant, exhibant sa musculature et posant pour un catalogue de vêtements de fitness. L'OAI a relevé que ces éléments semblaient en contradiction avec les allégations du recourant, ainsi qu'avec certaines constatations du Dr F._____.

Dans son écriture du 16 mars 2011, le recourant a mentionné que le site en question allait être prochainement fermé. Il a relevé que le monde professionnel dans lequel il avait évolué était un univers du paraître qui avait bien peu à voir avec la réalité, laquelle était d'ailleurs très bien décrite par le Dr F._____ dans son rapport du 23 décembre 2010.

E n d r o i t :

1. **a)** En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que cette loi ne déroge expressément à la LPGA.

La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 2008 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2009. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD, les causes pendantes devant les autorités de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer dans la présente cause, introduite le 4 février 2008 (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent et répondant en outre aux conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de

longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Le bien-fondé d'une décision d'octroi d'une rente temporaire doit être examiné au regard des conditions d'une révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (cf. notamment TF 9C_718/2009 du 4 février 2010, consid. 1.2 ; 8C_104/2009 du 14 décembre 2009, consid. 2 ; 8C_180/2009 du 8 décembre 2009, consid. 3). En vertu de cette disposition, 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 et, partant, le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci. La rente peut ainsi être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais également lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5 et les références). La question de savoir si un tel changement s'est produit doit être appréciée 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances prévalant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108;TF 9C_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1 et les références).

Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il

en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

b) En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'état de santé du recourant s'est amélioré dès février 2002, comme le soutient l'intimé, supprimant ainsi son droit à une rente trois mois plus tard.

3. a) Sur le plan somatique, le Dr W. _____ a estimé, dans son rapport du 1^{er} février 2002, que la capacité de travail du recourant était entière dans une activité adaptée, notamment dans celle qu'il exerçait au moment de l'accident. De même, le Dr Z. _____ a retenu, dans son rapport du 15 septembre 2003, que la capacité de travail du recourant était complète dans une activité adaptée.

Les experts du CEMed ont également retenu une entière capacité de travail dans un poste en position assise, avec la possibilité de changer de position toutes les 45 minutes, comme par exemple dans un travail de bureau ou un travail dans la petite mécanique. Pour arriver à cette conclusion, les experts ont tenu compte de l'ensemble des affections somatiques du recourant. Leur rapport est complet et détaillé et confirme les appréciations des Drs W. _____ et Z. _____. Certes, le Dr R. _____ estime quant à lui en août 2002 que seule une capacité de travail de 50% est exigible dans une activité adaptée. Toutefois, ses rapports sont moins détaillés que celui du Dr Z. _____ et que le rapport d'expertise. Le Dr R. _____ ne pose en outre pas d'autres diagnostics que ceux pris en compte par les experts et son appréciation de la capacité de travail est peu motivée.

Par conséquent, sur le plan somatique, il y a lieu de retenir une capacité de travail entière dans une activité adaptée.

b) Sur le plan psychiatrique, selon la jurisprudence, dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon

laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 130 V 352, consid. 3.3.1 et la référence). D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques (dont les manifestations douloureuses ne se recoupent pas avec le trouble somatoforme douloureux), d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 165). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (cf. notamment TFA I 506/04 du 22 février 2006).

En l'espèce, les experts ont exposé que le recourant souffre d'une pathologie psychiatrique majeure et ont diagnostiqué une personnalité borderline, décompensée à la suite de l'accident, consistant en une agressivité, une surestimation grandiose de soi-même, une tendance projective, une consommation de drogues et une instabilité affective et professionnelle. En plus de ce trouble, les experts ont constaté un état dépressif marqué par une thymie triste, des idées de culpabilité,

une baisse d'élan vital, des troubles du sommeil et une idéation suicidaire. Le recourant a en outre développé un trouble somatoforme douloureux sur la base des séquelles organiques de l'accident. Les experts ont ajouté que les pathologies de la personnalité s'étaient exacerbées, en particulier au niveau de l'impulsivité et des tendances violentes. Ils ont estimé que l'ensemble de ces troubles entraînait une incapacité de travail totale depuis l'accident et ont expliqué les raisons pour lesquelles ils s'écartaient du diagnostic de trouble bipolaire posé par la Dresse L._____.

Le diagnostic de personnalité borderline est confirmé tant par la Dresse L._____ en août 2004 que par le Dr F._____, consulté par le recourant depuis 2009. Ce praticien a mentionné en effet que le recourant présentait plusieurs traits durables de la personnalité permettant de conclure à un fonctionnement pathologique et correspondant à un trouble grave de la personnalité. Sur la base de tests psychologiques, il a observé que l'ensemble évoquait un fonctionnement prépsychotique, probablement encore en voie de fragilisation, susceptible de brusques dérapages, les fluctuations laissant émerger des angoisses à connotation persécutoire et les mécanismes de défense étant de nature narcissique et caractérielle. Le Dr F._____ a également retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée à sévère. Il a ajouté que le trouble somatoforme douloureux n'était pas le diagnostic principal à retenir et a relevé que ses constatations étaient superposables à celles de l'expert. Tant les experts que le Dr F._____ concluent donc à une incapacité de travail totale.

La Dresse M._____ est en accord avec les diagnostics posés mais relève que le trouble de la personnalité était déjà présent avant l'accident, alors que l'assuré travaillait. Elle ajoute que l'expert ne décrit pas de symptôme d'atteinte psychiatrique invalidante. Elle mentionne en outre que l'épisode dépressif moyen est un épisode unique et que les critères relatifs au trouble somatoforme douloureux ne sont pas remplis. Elle estime par conséquent la capacité de travail entière sur le plan psychiatrique.

La Dresse C._____ retient, sans aucune motivation, que le trouble somatoforme douloureux en tant que tel ne justifie pas d'incapacité de travail et qu'il est difficile d'apprécier rétrospectivement le degré éventuel de décompensation de l'assuré. Elle relève que cela ne l'a pas empêché d'entreprendre plusieurs tentatives de formation pour obtenir un diplôme de professeur de fitness. Elle ne se prononce toutefois pas sur la capacité de travail. Son avis, peu motivé et peu clair, ne saurait être suivi, d'autant plus qu'elle n'a pas examiné le recourant.

Quant à la Dresse M._____, elle ne l'a pas examiné non plus. Même si elle déclare avoir consulté le Dr G._____ lors de la rédaction de son avis médical, il n'en demeure pas moins qu'elle est bien l'auteur de cet avis et qu'elle n'est pas psychiatre elle-même.

En outre, il résulte du dossier que le trouble psychiatrique du recourant, à savoir la personnalité borderline, a déjà influencé notamment son parcours professionnel avant l'accident. En effet, il a suivi un apprentissage de 1989 à 1994 sans obtenir de CFC et a par la suite travaillé quelques mois dans différentes professions, se retrouvant chaque fois au chômage. En particulier, il ne résulte pas du dossier qu'il ait obtenu un diplôme de professeur de fitness. Par ailleurs, alors qu'il avait été placé par l'ORP comme moniteur stagiaire, il a été licencié à cause de son comportement. La période d'apprentissage exceptée, il n'a donc travaillé qu'à une seule occasion plus d'une année chez le même employeur. On ne saurait dès lors déduire de son parcours professionnel que son trouble de la personnalité n'a aucune incidence sur sa capacité de travail. L'expert et le Dr F._____ expliquent en outre que l'accident a décompensé ce trouble, qui est grave, et auquel le trouble dépressif et le trouble somatoforme douloureux s'ajoutent. Il s'agit donc là d'une comorbidité psychiatrique importante, tant par sa gravité que son acuité et sa durée, laquelle entraîne une incapacité de travail totale. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'examiner si les autres critères posés par la jurisprudence dans le cas des troubles somatoformes douloureux sont réunis. L'avis de la Dresse M._____ ne saurait par conséquent être suivi.

En outre, il y a lieu de relever que les experts mentionnent que le trouble dont est atteint l'assuré se caractérise notamment par une surestimation grandiose de soi-même. Le fait de s'exhiber sur internet, comme décrit par l'OAI, n'en est donc qu'une illustration.

L'expertise du CEMed comporte une anamnèse, fait état des plaintes du recourant et procède d'une étude approfondie du cas de celui-ci. Elle ne comporte pas de contradictions et n'est mise en doute par aucun rapport médical émanant de spécialistes en psychiatrie ayant procédé à l'examen clinique du recourant. Ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle souscrit donc aux réquisits de la jurisprudence et il n'y a dès lors aucun motif de s'en écarter.

En conséquence, il convient de retenir une totale incapacité de travail sur le plan psychiatrique, existant dès la date de l'accident, le 5 avril 1999.

4. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité doit continuer à être versée au recourant au-delà du 30 avril 2002. Il appartiendra à l'OAI de calculer le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés (art. 26 LPGA).

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, selon l'art. 52 LPA-VD, des frais de procédure ne peuvent être exigés de la Confédération et de l'Etat, auxquels doivent être assimilés les offices chargés de l'exécution de tâches de droit public, comme les offices AI des cantons selon les art. 54 ss LAI. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires dans le cadre de la présente procédure.

c) Ayant obtenu gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, le recourant a droit à des dépens (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGGA). Le montant de ces derniers étant déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige, il convient de les fixer équitablement à 2'500 francs.

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

- I.** Le recours est admis.
- II.** La décision attaquée est réformée, en ce sens qu'une rente entière est allouée au recourant dès le 1^{er} avril 2000.
- III.** La cause est transmise à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud afin qu'il calcule le montant de la rente et des intérêts dus sur les arriérés.
- IV.** L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à H. _____ la somme de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs) à titre de dépens.
- V.** Le présent arrêt est rendu sans frais.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Amédée Kasser, avocat (pour H. _____),
- 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 :