

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 avril 2012

---

Présidence de M. NEU  
Juges : MM. Jomini et Métral  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**M.** \_\_\_\_\_, à Forel (Lavaux), recourant, représenté par Me Laurent Damond, avocat à Lausanne,

et

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

---

**Art. 8 al. 1 et 17 al. 1 LPGA; art. 4 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** M. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré), né en 1955, originaire du Kosovo, travaillait en qualité de machiniste de chantier et chauffeur de poids lourds depuis 1984 auprès de l'entreprise R. \_\_\_\_\_ SA, à Palézieux-Village. Il a été licencié au 31 octobre 2006, pour raisons économiques.

Le 10 mars 2005, au volant de sa voiture, l'assuré a été victime, à Forel, d'une collision fronto-latérale droite par un autre automobiliste. Il en est résulté un traumatisme thoracique avec une contusion sternale et une fracture de la 11<sup>ème</sup> côte à droite, ainsi qu'une incapacité de travail totale. Un rapport de gendarmerie a été établi. Le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 6 juillet 2007, l'assuré a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente.

Le dossier de l'assuré auprès de la CNA a été produit. Y figurent notamment les documents suivants:

- Des rapports médicaux intermédiaires de la CNA des 20 octobre 2005 et 15 mars 2006 remplis par le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale à Palézieux et médecin traitant de l'assuré, faisant état de cervicalgies, de raideurs cervico-dorsales et d'état anxio-dépressif post-traumatique, respectivement de cervicalgies et d'état anxieux post-traumatique.

- Un rapport du 9 février 2006 du Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne, faisant état de cervicalgies chroniques, d'un status neurologique normal et d'un examen neuro-vasculaire n'ayant pas mis en évidence de vasculopathie précérébrale significative.

- Un rapport du 8 mai 2006 du Dr [...], chef de clinique au service d'orthopédie et de traumatologie de l'appareil locomoteur du CHUV, attestant une prise en charge de l'assuré du 18 avril 2006 au 5 mai 2006, posant les diagnostics de cervico-scapulalgies bilatérales dans un contexte de status 1 an après entorse cervicale et de protrusion discale C4-C5, C6-C7 et D1-D2. Une reprise du travail à 50% a été décidée dès la fin de la prise en charge.

- Un rapport du 10 mai 2006 du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie à Lausanne, posant les diagnostics de status après distorsion/contusion cervico-dorsale sans évidence d'atteinte structurelle du système locomoteur et nerveux, et d'état anxio-tensionnel associé; il a retenu une capacité de travail de 75%, devant rapidement atteindre 100%. Pour les suites de l'accident, il a retenu un pronostic de guérison excellent.

- Un rapport d'examen du 26 juin 2006 de la Dresse E.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste FMH en rhumatologie, relevant la présence de lésions de spondylarthrose étagée avec discopathie C6-C7 à l'IRM, l'absence de lésions traumatiques au CT-scan et un examen neurologique normal, l'assuré recouvrant sa capacité de travail à 100% au 24 juillet 2006.

- Un rapport médical intermédiaire de la CNA du 14 juillet 2006 rempli par le Dr G.\_\_\_\_\_, posant le diagnostic de cervico-brachialgies post entorses cervicales et de troubles dégénératifs.

- Une décision sur opposition de la CNA du 26 septembre 2006, mettant un terme au paiement des frais médicaux et de l'indemnité journalière au 24 juillet 2006, les troubles subsistant au-delà de cette date étant à mettre sur le compte de facteurs exclusivement maladifs.

L'OAI a requis l'avis du Dr G.\_\_\_\_\_, qui, le 14 septembre 2007, a posé les diagnostics de troubles dégénératifs cervicaux avec hernie discale cervicale; il a émis un pronostic réservé en raison de

l'évolution des troubles dégénératifs rachidiens et attesté des périodes d'incapacité de travail oscillant entre 100% et 25% du 10 mars 2005 au 23 juillet 2006. Il a retenu que l'activité habituelle n'était plus exigible et que l'exercice d'une activité physique légère, avec de nombreux changements de positions, était exigible sans diminution de rendement.

Le Dr G.\_\_\_\_\_ a également produit un rapport du 29 mai 2007 du Dr T.\_\_\_\_\_, signalant des douleurs cervicales, céphaliques, irradiant dans les deux membres supérieurs à prédominance droite, et objectivant un discret syndrome cervical, le status étant normal pour le surplus. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a en outre constaté à l'IRM cervicale des troubles statiques et dégénératifs étagés, puis retenu au tout premier plan l'existence de cervicalgies et de céphalées de tension.

Le cas a été soumis au Service médical régional AI (ci-après: le SMR), qui, dans un rapport du 25 février 2008 du Dr B.\_\_\_\_\_, a retenu l'atteinte de cervicalgies chroniques sur troubles dégénératifs cervicaux et une capacité de travail exigible de 75% dès le 3 juillet 2006 dans l'activité antérieure et de 100% dès le 3 juillet 2006 dans une activité adaptée.

Une IRM a été effectuée le 19 janvier 2009 par la clinique [...], institut de radiologie, mettant en évidence une atteinte dégénérative discosomatique étagée, avec des protrusions discales en C4-C5, C5-C6 et surtout C6-C7, où elle apparaissait plus marquée.

Sous l'égide de l'OAI, l'assuré a effectué, du 5 janvier au 3 avril 2009, un stage de réadaptation professionnelle au centre ORIF de Morges. Dans un rapport de fin de stage du 7 avril 2009, le directeur de l'ORIF a relevé que l'état de santé de l'assuré laissait perplexe quant à une réinsertion professionnelle, ses douleurs omniprésentes dans la nuque et dans la tête, même en exerçant des activités légères, n'ayant fait que péjorer son rendement.

A nouveau interpellé par l'OAI, le Dr G.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 6 juillet 2009, posé les diagnostics de cervicobrachialgies

droites et de céphalées postérieures d'origine cervicale sur troubles dégénératifs cervicaux avec hernie discale cervicale, d'épisodes dépressifs sévères sans symptômes psychotiques et d'autre modification durable de la personnalité (accident de 2005). Il a signalé une aggravation progressive des cervicobrachialgies droites et retenu un pronostic sombre au vu de la sévérité des troubles dégénératifs et psychiques.

Le Dr G. \_\_\_\_\_ a joint un rapport du 12 juin 2009 de la Dresse [...], cheffe de clinique à la policlinique psychiatrique de l'Est vaudois, posant les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'autres modifications durables de la personnalité (accident de 2005), après avoir été consultée par l'intéressé durant la période du 19 mars au 22 mai 2009. Elle a retenu que l'assuré avait vécu un effondrement en raison de son accident de 2005 et de ses problèmes de santé, les plaintes somatiques constituant le seul recours pour exprimer sa souffrance psychique; des propositions thérapeutiques ont été formulées (psychothérapie et médicaments).

Suite à une consultation le 30 septembre 2009, dans un rapport du 6 octobre 2009, le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin-chef au service d'anesthésiologie et d'antalgie de l'Hôpital de Morges, a proposé une infiltration en vue de diminuer l'intensité des douleurs. Le 10 novembre 2009, ce médecin a retenu que les céphalées restaient inchangées avec toujours les mêmes sensations de vertige et d'intolérance au stress ou à l'effort.

Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à une expertise pluridisciplinaire au centre d'expertise médicale CEMed de Nyon (centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité, COMAI), effectué le 26 janvier 2010 par les Drs V. \_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et U. \_\_\_\_\_, psychiatre FMH. Dans leur rapport d'expertise du 25 juin 2010, ces médecins n'ont retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, la capacité résiduelle de travail étant entière, sans diminution de rendement. Ils ont relevé ce qui suit:

"Sur le plan somatique, la symptomatologie décrite perdure et va s'aggravant en fréquence et en intensité sans qu'aucun événement supplémentaire ne soit survenu.

L'examen clinique et radiologique ne met en évidence aucune lésion permettant de comprendre les plaintes. Il y a donc une discordance manifeste entre les plaintes subjectives et les constatations objectives.

[...]

Sur le plan psychique, Monsieur M. \_\_\_\_\_ dit présenter depuis 2007 des manifestations anxio-dépressives. Il n'y a cependant pas de plaintes spontanées, sur demande, il n'admet ni tristesse, ni angoisse et estime que son cas ne relève pas de la psychiatrie.

A l'examen il est peu collaborant, peu clair, imprécis et se montre tour à tour oppositionnel, agressif, désabusé, démonstratif, en colère. Il n'y a pas de signes manifestes de dépression ou d'anxiété, ni toute autre pathologie psychique.

L'épisode dépressif actuel ne peut pas être qualifié séparément des manifestations anxieuses, les deux étant d'intensité légère et ne justifient pas de diagnostic séparé.

Synthèse et conclusions:

Sur le plan somatique, l'examen clinique est pauvre, l'examen du rachis est normal, il n'y a aucune limitation fonctionnelle hormis la colonne cervicale dont les rotations sont un peu limitées. Il n'existe aucun syndrome déficitaire, sensitif ou moteur.

L'imagerie montre des modifications dégénératives cervicales banales, presque normales pour l'âge du sujet, qui peuvent parfois justifier une incapacité temporaire de travail, mais pas d'incapacité de longue durée ou permanente.

On trouve une épaule douloureuse pouvant évoquer une épaule gelée au décours avec une rotation externe limitée et douloureuse. Cette affection peut être gênante, mais pas incapacitante.

Il n'y a aucun élément permettant de justifier une incapacité de travail.

Sur le plan psychique, nous sommes confrontés à plusieurs problèmes présentés par cet expertisé. Tout d'abord, le diagnostic de l'état dépressif sévère ne peut plus être confirmé. L'expert de la clinique de Nant rapporte que Monsieur M. \_\_\_\_\_ n'est pas d'accord de prendre des antidépresseurs. Or, depuis, il les prend et nous pouvons constater leur efficacité car le degré de sévérité de la dépression a nettement diminué. Il a retrouvé une certaine énergie qui est actuellement investie dans sa révolte contre l'extérieur (les assurances, les médecins, la présente expertise), donc projetée et non pas retournée contre lui-même. D'où la compréhension de l'agressivité et de l'attitude oppositionnelle comme faisant partie de son système défensif moins passif que celui constaté au consilium psychiatrique de juin 2009. Et c'est peut-être bien dans cette

attitude défensive qu'il y a lieu d'inscrire le refus de s'exprimer en français. Car après 30 années passées en Suisse, Monsieur M. \_\_\_\_\_ a certainement de meilleures notions de français qu'il ne veut bien le montrer.

En deuxième lieu, le diagnostic de modifications durables de la personnalité. Dans le cas présent, elle ne succède pas à un facteur de stress catastrophique ou excessif ou prolongé. Un syndrome algique chronique ou le deuil de son statut socioprofessionnel ne permettent pas à notre sens de poser ce diagnostic.

La personnalité de l'expertisé présente [...] les caractéristiques d'une personnalité passive-agressive avec des traits narcissiques. Comme mentionné plus haut, ses mécanismes de défense se sont activés et renforcés. Par contre, sur le plan de ses objets psychiques, il ne parvient pas à évoluer autrement que vers une sorte d'auto-dépérissement et un déplaisir permanent où tout lui pèse. Il n'a pas fait le deuil de l'image de sa pseudo toute puissance qu'il liait à sa position d'avant l'accident.

Nous pensons, comme le psychiatre de Nant, qu'une psychothérapie n'est pas à proposer à l'expertisé, il n'est ni demandeur, ni en possession de ressources intrapsychiques suffisantes.

Sa personnalité ne devait pas être différente du temps où il travaillait dans sa profession, les aspects dépressifs n'étant apparus qu'après la régression narcissique lors de la période de crise après l'accident. Il s'agit d'une dépression particulière où les plaintes et les préoccupations somatiques prennent le dessus.

En conclusion, nous posons le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, épisode actuel léger, ne justifiant pas d'incapacité de travail".

Dans un avis médical du SMR du 6 août 2010, le Dr X. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de l'expertise du CEMed et a retenu que l'exigibilité dans toute profession était de 100% dès le 24 juillet 2006.

Dans un préavis du 4 juillet 2007, l'OAI a informé l'assuré de son intention de lui reconnaître le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2006. Se référant à la position de la CNA, à l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ et à l'expertise du CEMed, il a retenu que l'assuré avait présenté une incapacité de travail totale du 10 mars 2005 au 23 juillet 2006, puis une capacité de travail entière dans une activité adaptée pour la période postérieure.

Le 5 octobre 2010, l'assuré a contesté ce préavis, concluant à la poursuite du versement de la rente entière pour une durée

indéterminée au-delà du 31 octobre 2006, se prévalant de la gravité de son état de santé et contestant que la cause ait été suffisamment instruite.

Dans un avis médical du SMR du 26 octobre 2010, les Drs Q.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ ont indiqué que l'assuré avait fait l'objet d'un examen médical complet lors de l'expertise bidisciplinaire au CEMed, relevant qu'il ne présentait pas d'incapacité de travail ni de limitations fonctionnelles.

Par décision du 7 décembre 2010, l'OAI a reconnu le droit de l'assuré à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2006, en se référant aux motifs exposés dans son préavis.

**B.** Par acte de son mandataire du 24 janvier 2011, M.\_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision au Tribunal cantonal et conclu, avec suite de frais et dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'octroi d'une rente au-delà du mois d'octobre 2006, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction et nouvelle décision.

L'assuré se prévaut de la gravité de ses troubles de santé sur les plans physique et psychique, qui entraînent une réduction de sa capacité résiduelle de travail. Il conteste disposer d'une capacité de travail entière dans sa dernière activité, qui consistait en des tâches de terrassement et sollicitait souvent sa nuque. La situation relative à son état de santé n'a pas changé depuis l'accident du 10 mars 2005, de sorte que le droit à la rente ne saurait être limité dans le temps. Une expertise pluridisciplinaire doit être mise en œuvre s'il s'avère que la capacité de travail n'est plus entière.

L'assuré a déposé un rapport du 30 août 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_, qui conteste l'appréciation et les conclusions de l'expertise du CEMed, dès lors que les examens radiologiques démontreraient une arthrose significative, et non des modifications dégénératives cervicales

banales et normales pour son âge. Ce médecin a également remis en cause les constatations du psychiatre du CEMed, compte tenu du parcours personnel de l'intéressé.

**C.** Dans sa réponse du 30 mars 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours, dès lors qu'aucun élément médical ne permet de douter des conclusions de l'expertise du CEMed et qu'un complément d'instruction n'est donc pas justifié. Il a déposé un avis médical du SMR des Drs Q.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ du 21 mars 2011, qui contestent les constatations du Dr G.\_\_\_\_\_, respectivement relèvent que ce médecin n'apporte pas d'élément médical nouveau, en particulier aucune limitation fonctionnelle supplémentaire.

En date du 15 juin 2011, le recourant a complété ses arguments et maintenu ses conclusions.

Le 6 juillet 2011, l'OAI a confirmé ses conclusions.

**D.** Le dossier de la CNA relatif à la prise en charge de l'accident du 10 mars 2005 a été produit. Les parties ont eu l'occasion de produire leurs déterminations à ce sujet.

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

**1.** 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'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision attaquée (art. 60 al. 1 LPGA). Le délai fixé par la loi ne court pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des règles de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**2.** En l'espèce, l'OAI a reconnu le droit à une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2006, alors que le recourant réclame l'octroi d'une rente pour la période postérieure, respectivement un complément d'instruction sur le plan médical.

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

L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins; un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux de 50% à une demi-rente, un taux de 60% à un trois quarts de rente et un taux de 70% à une rente entière (art. 28 LAI).

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain

que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1).

**b)** Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**c)** Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008); une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d; TF 8C\_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées).

**d)** Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid. 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3).

Aux termes de l'art. 17 LPGA, 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1).

Selon l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201), si la capacité 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.

Lorsqu'une rente est allouée et qu'elle est en même temps augmentée, réduite ou supprimée en application des art. 17 LPGA et 88a RAI, le simple fait que l'étendue et, le cas échéant, la durée du droit à la rente varient au cours de la période couverte par la décision est sans importance sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer quant aux périodes à propos desquelles l'octroi

de prestations n'est pas remis en cause (ATF 135 V 141 consid. 1.4.4; 131 V 164 consid. 2.3.3; 125 V 413 consid. 2d; TF 9C\_795/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.2).

**4. a)** Dans le cas présent, les atteintes à la santé de l'assuré résultent pour l'essentiel de l'accident du 10 mars 2005, qui a entraîné une incapacité de travail totale. Dans son rapport d'examen du 26 juin 2006, la Dresse E.\_\_\_\_\_ a relevé la présence de lésions de spondylarthrose étagée avec discopathie C6-C7 à l'IRM, l'absence de lésions traumatiques au CT-scan et un examen neurologique normal, avant de retenir que l'assuré allait recouvrir sa capacité de travail à 100% au 24 juillet 2006. Pour sa part, le Dr G.\_\_\_\_\_, dans ses lignes du 14 septembre 2007, a attesté des périodes d'incapacité de travail oscillant entre 100% et 25% du 10 mars 2005 au 23 juillet 2006.

A ce stade, on observe donc que l'assuré a présenté une incapacité de travail de longue durée depuis le 10 mars 2005 jusqu'en juillet 2006. Sa demande de prestations ayant été déposée auprès de l'OAI le 6 juillet 2007, il ne peut prétendre à une rente que pour les douze mois précédents, soit dès juillet 2006 (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, applicable en l'espèce).

**b)** Sur proposition du SMR, l'assuré a été soumis à une expertise (au sens de l'art. 44 LPG) au CEMed, effectuée le 26 janvier 2010. Dans leur rapport d'expertise du 25 juin 2010, les Drs V.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ n'ont retenu aucun diagnostic avec influence sur la capacité de travail, la capacité résiduelle de travail étant entière, sans diminution de rendement. Sur le plan somatique, ces médecins ont relevé que l'examen clinique et radiologique ne mettait en évidence aucune lésion permettant de comprendre les plaintes, de sorte qu'il y avait une discordance manifeste entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. En conclusion, l'examen du rachis était normal, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle - hormis la colonne cervicale dont les rotations étaient un peu limitées - ni aucun syndrome déficitaire, sensitif ou moteur. Les modifications dégénératives cervicales pouvaient parfois justifier une

incapacité temporaire de travail, mais pas d'incapacité de longue durée ou permanente. La rotation externe limitée et douloureuse de l'épaule constituait une affection pouvant être gênante, mais pas incapacitante.

Les médecins du CEMed se fondent sur un examen médical complet (status général, neurologique, ostéo-articulaire), sur les plaintes subjectives de l'assuré et sur l'ensemble des pièces médicales, notamment les documents radiologiques (IRM). Leurs conclusions se fondent sur une appréciation médicale claire et méticuleuse, dûment motivée, en répondant aux avis médicaux divergents, de sorte qu'elle répondent clairement aux critères en matière de valeur probante. On s'écartera donc des conclusions contraires du Dr G.\_\_\_\_\_, lequel ne se base pas sur d'autres constatations objectives que celles des médecins du CEMed, se fonde sur une motivation limitée et dont l'avis, en tant que médecin traitant de l'assuré, doit être apprécié avec réserve (consid. 3b). Les médecins du SMR, selon le rapport du 21 mars 2011 des Drs Q.\_\_\_\_\_, et F.\_\_\_\_\_, se distancient du reste des remarques formulées par le Dr G.\_\_\_\_\_. Il y a donc lieu de retenir que l'assuré présente, sur le plan somatique, une capacité de travail et de rendement entière dans son ancienne activité de machiniste de chantier et chauffeur de poids lourds.

**c)** Sur le plan psychique, lors de leur expertise du 25 juin 2010, les médecins du CEMed ont posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte, épisode actuel léger, ne justifiant pas d'incapacité de travail. Ils n'ont pas constaté de plaintes anxio-dépressives, de tristesse ou d'angoisse, de signes manifestes de dépression ou d'anxiété, ni toute autre pathologie psychique, de sorte que l'épisode dépressif et les manifestations anxieuses étaient d'intensité légère. En conclusion, ils ont constaté l'efficacité des antidépresseurs, avec une nette diminution du degré de sévérité de la dépression, et écarté le diagnostic de modifications durables de la personnalité, révélant ainsi une amélioration de l'état de santé. L'expertise du CEMed permet de retenir que, contrairement à ce qu'allègue le recourant, l'état de santé s'est amélioré depuis l'événement accidentel du 10 mars 2005.

Les conclusions des médecins du CEMed, qui ont procédé à un examen clinique systématique de l'assuré (status psychique), en pleine connaissance de l'anamnèse et des pièces médicales versées au dossier, sont convaincantes et dûment motivées. Leur avis, qui se fonde sur une appréciation médicale clairement rendue, a donc valeur probante. En particulier, les experts ont exposé de manière à convaincre les raisons pour lesquelles les diagnostics posés par le psychiatre de la fondation de Nant devaient être écartés, avis conforté par le fait que l'assuré ne consulte pas de psychiatre et n'a pas fait l'objet d'une hospitalisation en milieu psychiatrique. Dès lors, on retiendra qu'il ne présente pas d'incapacité de travail sur le plan psychique.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesures d'instruction complémentaires.

**d)** C'est donc à juste titre que le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps a été reconnu au recourant du 1<sup>er</sup> juillet au 31 octobre 2006, compte tenu de l'amélioration de son état de santé, justifiant ainsi de supprimer ce droit après un délai de trois mois depuis le 24 juillet 2006, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI).

Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**5.** En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD).

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision rendue le 7 décembre 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge du recourant M.\_\_\_\_\_.
  
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Laurent Damond, avocat à Lausanne (pour M.\_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :