

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 16 novembre 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Röthenbacher et M. Neu
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

V. _____, à Nyon, recourant, représenté par CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Genève,

et

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

Art. 17 al. 1 LPG

E n f a i t :

A. V. _____ (ci-après: l'assuré), né en 1962, a déposé le 4 juin 1996 une demande de rente AI. Il exerçait l'activité d'aide-jardinier. Selon le questionnaire à l'employeur, l'horaire de travail était de 9 heures en moyenne par jour, 5 jours par semaine. Le salaire horaire était de 18 fr. dès le 1^{er} décembre 1994 et 19 fr. en 1996. Un 13^{ème} salaire était versé.

Le 2 juin 1995, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il était passager de la camionnette de son employeur conduite par un autre employé. Selon le constat d'accident simple daté du 19 juin 1995, ce dernier a déclaré qu'à l'entrée d'un virage à droite, il avait vu un animal sur le bord droit de la chaussée, qu'il avait freiné, puis escaladé la bordure en béton sise à sa droite, perdu la maîtrise de son véhicule et fait plusieurs tonneaux pour finir sa course environ 10 mètres en contrebas d'un talus, sur le toit. Le constat mentionne également que l'assuré qui, comme son collègue, était attaché par la ceinture de sécurité, souffrait de douleurs à la jambe droite, au dos et au bras gauche ainsi que de contusions multiples, qu'il avait été transporté à l'Hôpital S. _____ par Rega et qu'il était ressorti le lendemain.

Dans un rapport du 17 juin 1996, le Dr I. _____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, diagnostique un état de stress post-traumatique. Il expose que, à la suite de l'accident de circulation du 2 juin 1995, l'assuré a été hospitalisé à l'Hôpital S. _____ pour 48 heures pour des contusions et un traumatisme crânio-cérébral (TCC) mineur et que, depuis, il est atteint de céphalées continues, de vertiges, d'intolérance aux bruits et d'irritabilité. Les examens cliniques sont dans la norme et les examens paracliniques sont sans problèmes. Il indique en outre l'échec des traitements, médicaments et psychothérapie. L'incapacité de travail est totale depuis l'accident. A son rapport il a joint les rapports médicaux suivants :

- un rapport du 5 juillet 1995 de la Dresse R._____, spécialiste FMH en neurologie, qui mentionne notamment ce qui suit :

"Discussion :

Il s'agit d'un patient sans antécédents médico-chirurgicaux, qui [a] subi un accident de la circulation le 2 juin 1995. D'après l'anamnèse prise auprès du patient, on peut suspecter un traumatisme crânio-cérébral, avec en tout cas une commotion cérébrale et possiblement des contusions cérébrales probablement mineures étant donné l'absence de lésion visible sur les examens radiologiques qui ont été pratiqués.

Depuis cet accident, le patient présente une fatigue importante avec des troubles de l'humeur, et a présenté à deux reprises des malaises d'origine indéterminée. La description des malaises évoque peu une origine épileptique mais étant donné le traumatisme, malgré un status neurologique que l'on peut encore considérer dans la norme, j'ai jugé utile de faire pratiquer un électroencéphalogramme qui s'est révélé normal. Face à cette situation, je propose qu'il ne faut pas retenir une origine épileptique aux malaises présentés par ce patient.

Je pense qu'il serait judicieux d'avoir plus de renseignements sur ce qui s'est effectivement passé à l'Hôpital S._____ afin de déterminer l'importance du traumatisme chez ce patient."

- un rapport d'examen neuropsychologique du 22 août 1995 des Drs Q._____ et E._____ dont il résulte notamment ce qui suit :

"Conclusion :

Ce bref examen neuropsychologique, à presque deux mois d'un TCC modéré ne met pas en évidence de troubles neuropsychologiques grossiers compte tenu de la non collaboration du patient et de son comportement durant l'évaluation."

- un rapport du 5 décembre 1995 des Drs W._____ et B._____, du Service de neurologie e l'Hôpital S._____, qui diagnostiquent un état de stress post-traumatique. Ils relèvent en particulier ce qui suit :

"DISCUSSION

Nous sommes frappés de constater une thymie dépressive chez ce patient incapable d'introspection sur sa propre situation, présentant des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, réveils fréquents) ainsi qu'une rumination constante d'idées en relation avec le traumatisme vécu au mois de juin 1995. Le patient dit présenter des céphalées quotidiennes et constantes, sourdes, de localisation bi-frontale avec irradiation à l'occiput, la présence

constante de cette symptomatologie l'amenant également à se remémorer de manière répétitive les différents moments de l'accident. Il décrit également présenter une peur importante lors de voyages en voiture. M. V. _____ présente par ailleurs un ensemble de symptômes de type neurovégétatifs - sensation vertigineuse avec manifestation visuelle sous forme de points lumineux, phono- et photophobie non-systématisées, perte de l'appétit... - l'ensemble de ces divers éléments anamnestiques nous amenant finalement à poser un diagnostic d'état de stress post-traumatique. Une prise en charge psychiatrique nous paraît de ce fait indiquée, étant par ailleurs conscients de la durée de la symptomatologie déjà écoulée, ainsi que du caractère quelque peu fruste de la personnalité du patient."

Dans un rapport du 6 janvier 1997, le Dr C. _____ indique une atteinte invalidante actuellement, mais susceptible d'amélioration, le syndrome post-traumatique étant une affection qui peut guérir. Il prévoyait une révision dans une année avec une expertise psychiatrique à ce moment.

Dans un rapport du 15 juillet 1996, la Dresse G. _____ de l'Association Y. _____, spécialiste FMH en médecine générale, indique que le patient a renoncé à suivre sa thérapie et qu'elle ne l'a plus revu depuis février 1996.

Dans son rapport d'expertise du 14 octobre 1996, le Dr L. _____, psychiatre FMH, mandaté par l'assurance O. _____ (assureur-accidents), mentionne notamment ce qui suit :

"Discussion diagnostique
(...)

Sur le plan clinique, il faut surtout parler des troubles post-traumatiques dus au stress, car l'assuré présente tous les éléments nécessaires à ce diagnostic d'après les critères aussi bien du CIM 10 que du DSM-III-R, ainsi que d'un syndrome post-commotionnel.

Ce qui prime d'après nous, c'est l'aspect "troubles post-traumatiques dus au stress", même si à l'heure actuelle l'aspect intrusif nocturne et diurne s'est estompé, pour ne pas dire qu'il a disparu.

DIAGNOSTIC

Selon CIM 10

Etat de stress post-traumatique F 43-1

Syndrome post-commotionnel F 07-2

(...)

DISCUSSION GENERALE

Sur le plan de l'aspect clinique, la situation de M. V. _____ ne pose pas de problèmes particuliers.

La question qui se pose est de savoir s'il y a eu des facteurs pré- ou péri-accident qui ont pu influencer l'apparition de ses troubles.

Un autre problème est le pronostic sur le plan médical et concernant la capacité d'exercer une activité lucrative, ainsi que les éventuelles mesures pouvant être proposées sur le plan médical et/ou réadaptatif.

Tenant compte de tous les éléments à notre disposition, nous ne pouvons pas parler d'un état maladif préexistant à son accident.

Il est vrai que, pour un non-spécialiste, il paraît y avoir un décalage entre l'importance du traumatisme crânio-cérébral qui ne paraît pas en somme avoir été majeur (pas de perte de connaissance prolongée, de très longue amnésie post-traumatique, et/ou d'une modification précoce ou plus tardive importante sur le plan de la neuro-imagerie) et la persistance des troubles et son impossibilité actuelle à exercer une activité lucrative.

Néanmoins, si on tient compte des particularités de la biomécanique de l'accident (nous rappelons qu'il s'agit d'une voiture qui a fait plusieurs tonneaux avant de s'arrêter sur le toit), même si la personne était attachée, donc solidaire avec la voiture, il faut se rappeler que, pour des raisons tenant à des particularités biomécaniques du crâne et de son contenu, dans ce type de traumatisme les mouvements de torsion et d'oscillation coronale sont certainement importants et qu'ils ne sont pas empêchés par l'utilisation de la ceinture de sécurité. On comprend alors aisément que des micro/ ou mini-contusions cérébrales par des micro-hémorragies punctiformes localisées et/ou élongation axonale sont assez probables.

Toute la littérature récente neuro-traumatologique attire l'attention sur cet aspect présent souvent aussi lors des traumatismes crânio-cérébraux mineurs ou modérés, à condition de la présence de certaines particularités biomécaniques.

Ainsi que nous l'avons dit dans la discussion diagnostique, les signes irritatifs cérébraux précoces post-traumatiques, la corrélation entre les particularités de l'image I.R.M. et l'assymétrie décrite sur le plan moteur, même si très discrète, sont assez frappants pour retenir l'éventualité, même la probabilité d'une atteinte cérébrale organique, bien que, très vraisemblablement réduite et localisée.

Cela ne veut pas dire que les modifications cliniques décrites n'auraient pas pu exister sans cela, car elles correspondent à ce qu'on connaît sur le plan des troubles post-traumatiques dus au stress et aux troubles post-commotionnels dits subjectifs.

L'importance de la présence probable d'une atteinte organique a cependant son importance sur le plan pronostique et thérapeutique.

Dans le cas de M. V. _____, il ne faut évidemment pas oublier un élément important hors traumatisme sur le plan thérapeutique et pronostique qui est celui de sa capacité communicative inadéquate, de sa personnalité peu différenciée, de sa désinsertion socio-culturelle.

Ces aspects peuvent produire d'une part des réactions qu'on risque de considérer comme des manifestations sinon de simulation, d'aggravation et aussi d'augmenter de beaucoup son niveau d'inquiétude, avec toutes les conséquences de potentialisation réciproque entre cela et son tableau clinique que de rendre la prise en charge difficile, voire aléatoire.

Sur un plan idéal, on peut dire que, s'il était plus différencié, avec de meilleurs moyens de communication, plus de ressources internes et sans sa désinsertion socio-culturelle, on pourrait envisager une stratégie thérapeutique satisfaisante pour ses troubles. Cela n'est cependant pas tout à fait réel car, même dans ces conditions là, les troubles post-traumatiques dus au stress sont souvent difficiles à traiter, et ont un pronostic parfois réservé, pouvant aboutir à des problèmes dépressifs chroniques, de toxicomanie à base iatrogène ou éthylisme, et même à des actions auto-agressives.

Les troubles post-commotionnels ont un meilleur pronostic, tout en pouvant être plus prolongés qu'on le pensait jadis, étant parfois associés, comme nous l'avons mentionné, à une atteinte organique très discrète mais néanmoins présente.

L'un dans l'autre, après ce qui a été considéré comme un échec des mesures thérapeutiques une année après l'accident, où en est-on ? que peut-on faire ? à quoi faut-il s'attendre ?

Nous ne pensons pas qu'on puisse réellement parler d'un échec thérapeutique car, s'il y eût des essais thérapeutiques, ils furent inadéquats. D'une part, il faut comprendre qu'on ne peut pas faire une psychothérapie, même au niveau d'un soutien à travers un interprète, deuxièmement que même si on avait un thérapeute parlant l'albanais au degré de différenciation réduit de la personnalité de l'assuré, de l'importance que le corps prend dans la mentalité particulière à cette culture et, pour quelqu'un qui exerce une profession manuelle, une approche psychothérapique n'avait, selon nous, pas de grandes chances de succès, pour ne pas dire quasi aucune.

Sur le plan médicamenteux, il existe, à l'heure actuelle, deux médicaments seulement qui ont donné des résultats partiels chez un certain nombre de patients souffrant de troubles post-traumatiques dus au stress. Il s'agit de l'AMITRIPTYLINE (Sarotène ou Tryptizol) et de la FLUOXETINE (Fluctine).

Ce qui pourrait aussi être envisagé pour l'assuré, vu sa grande irritabilité, voire son agressivité, ses décharges paroxystiques cérébrales, serait de lui administrer de la CARBAMAZEPINE (Tégréto) des doses entre 400 et 600 mg par jour, de préférence sous une forme retard.

Il faut encore attirer l'attention sur le plan médicamenteux du danger de certains médicaments anti-douleurs, de type TRAMAL, pour des raisons sur lesquelles nous n'insistons pas car elles sont évidentes, même si parfois ignorées.

Tout cela devrait évidemment être fait dans le cadre d'un soutien global, d'une manière acceptable pour lui et sa famille, de lui et de sa femme. Il est important que quelqu'un, de préférence un travailleur social, connaissant l'albanais et/ou le serbo-croate que l'assuré doit probablement aussi parler (comme son épouse) suive de près, avec doigté, la situation de l'assuré, du couple, de la famille.

Une approche à travers le corps peut aussi apporter des bénéfices. Néanmoins, il n'est pas dit que, sur le plan de l'exercice d'une activité lucrative, les résultats soient rapides, visibles, importants. Tout comme on ne peut pas parler de bonne ou de mauvaise volonté chez quelqu'un avec le type de troubles qu'il présente et dans les conditions socio-culturelles dans lesquelles il se trouve. A l'heure actuelle, une éventuelle réorientation professionnelle nous paraît aléatoire vu la situation clinique, et à plus longue échéance hélas aussi plus ou moins aléatoire, l'assuré n'ayant pas les ressources

pour être réorienté vers une profession demandant moins d'efforts, moins de mouvements avec la tête, moins manuelle en général que celle d'aide jardinier qu'il a exercée jusqu'au moment de l'accident. Dans l'ensemble, nous considérons donc que le pronostic reste assez réservé.

Une année à peu près après la mise en place des mesures thérapeutiques proposées, il faudrait refaire un bilan éventuellement au moment respectif faire un examen de neuro-imagerie fonctionnelle (SPECT), et reconsidérer la situation dans ses perspectives.

Nous craignons qu'au-delà de ce délai (deux ans après l'accident), il est peu probable qu'on puisse s'attendre encore à des améliorations, même si, comme nous l'avons déjà dit, on met en place le dispositif et les mesures suggérés."

Par décision du 8 avril 1997, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI) a alloué à l'assuré une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 1996.

Mandaté également par l'assurance O._____, le Dr D._____, psychiatre FMH, a établi un rapport d'expertise le 15 décembre 1997. Il rappelle notamment que l'assuré est également suivi par la Dresse G._____ qui note dans un rapport de janvier 1996 que le patient continue à se plaindre de céphalées, de fatigue, de malaises sans perte de connaissance et surtout d'insomnie, de cauchemars, de troubles de l'humeur, de fatigue qui évoquent un syndrome post-traumatique motivant son suivi à l'Association Y._____, cette praticienne posant les diagnostics de :

Status post traumatisme crânio-cérébral.

Malaise d'origine indéterminée.

Etat de stress post-traumatique F43.1 (CIM-10).

Syndrome post-commotionnel F07-2 (CM -10).

Il résulte en outre de ce rapport ce qui suit :

"Conclusions :

En se basant d'une part sur les données objectives du dossier et d'autre part sur nos propres constatations, il apparaît que la symptomatologie est surtout subjective, que les constatations objectives manquent, que la personnalité est compensée, qu'il y a la présence de traits caractériels, que la collaboration est mauvaise [et ne peut pas être mise sur le compte d'une particularité culturelle !].

Notre entretien clinique et le test de Rorschach parlent nettement en faveur d'une exagération consciente, l'ensemble fait supposer la présence probable d'un processus de revendication, appelé autrefois également sinistrose, ou selon la CIM-10 névrose de compensation (F68.0). Cette situation suffit pour expliquer la persistance de la symptomatologie. Ce type de processus prend son origine avant l'événement accidentel, et il est à considérer dans le cadre de problèmes sociaux qui dépassent la simple problématique psychologique. Dans ce cas on parle volontiers d'un problème d'incompétence sociale, le fait que la personnalité soit compensée laisse supposer une part de simulation consciente probable. Il est certain que, pour qu'une telle problématique se développe, il doit y avoir une capacité d'adaptation faible, le processus se développe donc sur un fond de trouble de l'adaptation, mais non pas selon la CIM-10 (F43.2). Celle-ci dit en effet qu'il s'agit d'états de détresse et de perturbation émotionnelle, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant.

La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle dans la survenue de ce trouble et de sa symptomatologie; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress en cause. Ses manifestations sont variables et comprennent : une humeur dépressive, une anxiété, une inquiétude (ou l'association de ces manifestations), un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, ou supporter la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien.

Cette description ne correspond que partiellement à celle présentée par le patient, il faut, pour nous, entendre trouble de l'adaptation plus comme un trouble cognitif que vraiment psychiatrique. Les difficultés sont ainsi à rechercher au niveau des processus d'assimilation (au sens piagétien strict du terme), le processus d'équilibration qui pourrait permettre une réaction plus adéquate n'est pas en mesure de se faire. Enfin, l'observation montre que des problèmes sociaux vont souvent de pair avec les processus de revendication.

7) Diagnostic

Processus de revendication dans le cadre d'une personnalité borderline compensée, aux traits caractériels."

Le Dr D._____ estime qu'il n'y a pas d'atteinte à la santé mentale au sens strict du terme, la capacité de travail étant objectivement entière et que la situation n'allait pas évoluer.

B. Dans un questionnaire pour la révision de la rente signé le 12 mai 1999, l'assuré a notamment indiqué que son état de santé était toujours le même.

Le 18 mai 1999, le Dr I._____ indique un status après TCC, les plaintes étant identiques (céphalées, vertiges, insensibilité, troubles de

la concentration). Il mentionne un traitement antalgique constitué par la prise de Dafalgan et de Tramal et un traitement antidépresseur par du Seropram. Il estime l'incapacité de travail totale depuis le 2 juin 1995.

Mandatés par l'OAI, les Drs F. _____ et H. _____, de l'Hôpital psychiatrique T. _____, ont déposé leur rapport d'expertise le 6 juin 2001, dont il résulte notamment ce qui suit :

"2. Indications subjectives de l'assuré.

Malgré la difficulté d'établir le contact avec le patient, nous pouvons retenir les éléments suivants :

Le patient ne trouve pas de changement significatif à son état de santé depuis son accident de 1995. Il souffre toujours de céphalées en casque permanentes, de vertiges et d'acouphènes, soulagées modérément par les différentes médications prescrites. Il supporte difficilement la lumière et le bruit. Il se sent fatigué et irritable toute la journée. Il reste le plus souvent à la maison et n'a aucun loisir ni aucune activité sociale. Il a des troubles de l'appétit et du sommeil.

3. Constatations objectives

M. V. _____ a une présentation moyenne, il est mal rasé. Il présente quelques difficultés à la marche. Le contact est très difficile à établir. Son visage est crispé, les sourcils froncés, la mâchoire serrée. Souvent il se tord les mains, ou passe une main sur le front. Il change souvent de position dans son siège. Il évite le regard de l'interlocuteur, ainsi que les sources de lumière. La collaboration est mauvaise. Le contenu de son récit est extrêmement pauvre en information. L'expression verbale spontanée est nulle. Il ne répond pas toujours aux questions, mêmes aux questions les plus banales, et quand il le fait c'est souvent après un temps de latence très long. Et ses réponses sont excessivement courtes, avec parfois des persévérations verbales. Presque à chaque entretien, il tient à prendre un comprimé de TRAMAL, sans formuler explicitement la raison. Il montre peu d'investissement dans l'entretien : il n'exprime aucun sentiment et ne fournit aucune réflexion personnelle aussi bien sur ce qu'il vit ou ce qu'il fait, que sur la procédure d'expertise actuelle à laquelle il est soumis. La thymie est difficile à évaluer. Il n'y a pas d'idéation suicidaire verbalisée. Il paraît fruste et ses capacités d'introspection sont inexistantes.

Examen psychologique

Un examen psychologique (TAT, Rorschach, WAISS) a été tenté et s'est soldé par un échec, l'expertisé ne répondant pas aux questions les plus banales et ne s'intéressant pas aux planches que la psychologue lui présente. Il se montre par ailleurs démonstratif.

Discussion

Il faut tout d'abord signaler que le travail des experts est rendu extrêmement difficile dans la mesure où ceux-ci se trouvent en face d'un expertisé très peu collaborant qui ne donne pratiquement aucune information. Il se montre essentiellement démonstratif et

centré sur sa souffrance physique, se présentant comme un invalide grave, sans revendication particulière. Extrêmement passif, il oblige les autres à agir à sa place.

Sans revenir sur les expertises pertinentes déjà effectuées par les docteurs L. _____ et D. _____, il est très probable que l'expertisé a présenté un état de stress post-traumatique et un traumatisme crânio-cérébral léger qui se sont compliqués progressivement en raison des faibles ressources de l'expertisé sur le plan affectif, cognitif et socio-culturel d'une névrose de compensation selon la CIM-10, le débat des experts et des médecins ne faisant que renforcer celle-ci.

La très faible collaboration de l'expertisé ainsi que son comportement non verbal nous donnent l'impression que l'expertisé veut en finir au plus vite avec les entretiens. Par ailleurs, le fait qu'il ne pose aucune question ni ne fait aucune allusion sur ce qui pourrait améliorer sa situation et sur l'enjeu de la présente expertise nous laisse penser que l'expertisé éprouve de la méfiance voire même qu'il vit cette expertise sur un mode persécutoire; cette expertise étant probablement perçue comme le moyen d'une remise en cause de la rente et donc de la réparation de sa souffrance.

4. Diagnostics

Etat de stress post-traumatique

Névrose de compensation (CIM-10 F68.0)"

Selon les experts, la capacité de travail de l'assuré a subi une réduction de 75% après l'accident, celle-ci n'ayant par la suite pas pu être améliorée et qui ne s'améliorera probablement pas. Ils estiment qu'il n'y a pas de capacité de travail exigible.

Dans un avis médical SMR du 18 avril 2002, le Dr C. _____, se fondant sur la dernière expertise, conclut à une atteinte psychiatrique invalidante consécutive à l'accident.

Par communication du 22 avril 2002, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuait à bénéficier de la même rente.

C. Dans un questionnaire pour la révision de la rente signé le 28 avril 2005, l'assuré a notamment indiqué que son état de santé était toujours le même.

Le 22 mai 2005, le Dr I. _____ écrit que la situation actuelle est la même que celle décrite dans son rapport de 1999, l'assuré

présentant toujours les mêmes plaintes (céphalées, troubles du sommeil, sensations vertigineuses, insensibilité, agression par les bruits, nervosité). Cette situation lui semble difficilement pouvoir s'améliorer et un essai de réadaptation lui paraît illusoire.

La Dresse X. _____ du SMR, psychiatre FMH, a examiné l'assuré le 29 septembre 2006. Il résulte de son rapport du 6 octobre 2006 notamment ce qui suit :

"STATUS PSYCHIATRIQUE

Assuré arrivant accompagné de son épouse. L'allure est peu soignée: l'assuré n'est pas rasé, ses yeux sont tuméfiés, rougis. Ces tuméfaction et rougeurs disparaîtront en quelques minutes, à mesure de l'entretien. L'assuré se mobilise après qu'on l'ait invité à plusieurs reprises de se rendre en salle d'entretien; le déplacement est lent mais aucun mouvement antalgique n'est décelé. La position assise est parfaitement stable sur la chaise durant une heure d'entretien. A noter que l'assuré s'assoit spontanément face à la fenêtre, le ciel est radieux, aucun signe de photophobie n'est décelé. Le discours à voix haute de la part de l'expert ne semble pas du tout le déranger; au contraire, l'assuré ne semble répondre que lorsqu'on lui parle fort.

L'assuré ne regarde pas son interlocuteur en face et n'a aucun discours spontané. La connaissance du français est bonne, le traducteur n'est pas sollicité. L'assuré attend qu'on lui ait posé la même question une 2^{ème} voire une 3^{ème} fois pour répondre. Les réponses sont évasives, essentiellement constituées par des "je ne sais pas". La collaboration est visiblement très mauvaise, mais lorsqu'on demande à l'assuré s'il veut bien collaborer, il dit oui, mais continue à ne pas répondre aux questions sauf parfois après insistance. Quelques pointes d'humour apparaissent, lorsque notamment on lui pose la question comment il est venu en Suisse depuis le Kosovo, et il répond : à pied. Aucun signe de déficit intellectuel majeur n'a été décelé, car l'assuré comprend très bien des phrases complexes et peut suivre les raisonnements qui sont établis à haute voix devant lui. Aucun élément de la lignée anxieuse n'a été décelé. Il n'y a pas de trouble du cours de la pensée.

Du point de vue des éléments de la lignée dépressive, la psychomotricité est vive malgré une motricité extrêmement ralentie. La thymie est abattue, non réactive. L'appétit est décrit comme bon, le sommeil comme excellent. La perception de l'avenir est élaborable (notamment lorsqu'on lui pose des questions concernant des projets de ses enfants). Il n'y a aucun trouble de l'attention ni de la concentration hormis ceux dont l'assuré détient la maîtrise. L'image de soi est bonne, l'assuré se décrit comme quelqu'un de gentil. Il n'y a pas de sentiment de culpabilité et pas d'anhédonie, pas d'idéation suicidaire et la fatigabilité correspond plutôt à une nonchalance.

Concernant les critères d'un éventuel syndrome de stress post traumatique, l'assuré ne se perçoit pas actuellement comme confronté à sa propre mort, il n'y a pas de reviviscences répétées des événements, pas [de] souvenirs envahissants, pas de

cauchemars, pas d'anhédonie, pas d'évitement des activités évoquant le souvenir du traumatisme (l'assuré conduit), pas de sentiment d'être sur le qui-vive ni de toxicomanie. Les notions d'anesthésie psychique, émoussement émotionnel et détachement par rapport aux autres ne sont pas spécifiques et dans ce contexte, n'ont pas été attribués à un syndrome de stress post traumatique. Aucun élément évocateur d'une atteinte du registre psychotique ni d'un trouble décompensé de la personnalité n'a été décelé.

DIAGNOSTIC

- avec répercussion sur la capacité de travail:

- Aucun sur le plan psychiatrique (F71.1)

- sans répercussion sur la capacité de travail:

- Majoration de troubles physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) avec mauvaise collaboration et aucune attitude visant à réduire le dommage.

APPRECIATION DU CAS

Il s'agit d'un assuré âgé de 44 ans, d'origine kosovare, en Suisse depuis 1987. Sans formation professionnelle spécifique, il travaille comme aide-jardinier depuis 1987 jusqu'à un accident de circulation qui a lieu le 02.06.1995. Malgré des investigations somatiques, aucune atteinte à la santé d'ordre physique n'est décelée. L'assuré est au bénéfice d'une rente entière AI dès juin 1996, avec des diagnostics de syndrome post traumatique et commotionnel, processus de revendication dans le cadre d'une personnalité borderline aux traits caractériels et névrose de compensation.

L'appréciation de ce jour met en évidence un assuré qui a incontestablement des compétences psychiques: il n'y a pas de problème de déficit intellectuel, l'examen de ce jour ne met en évidence aucun signe de syndrome de stress post traumatique ni d'une modification de la personnalité après une expérience de catastrophe qui puisse avoir un caractère invalidant. Sa collaboration est très mauvaise, une attitude massivement régressive est mise en avant. Il n'y a actuellement pas de phono- ni de photophobie. L'assuré ne formule aucune plainte.

L'appréciation de ce jour montre un assuré qui ne fait strictement rien pour réduire le dommage, il n'a pas de suivi psychiatrique, ne prend pas de médicament psychotrope et nous montre l'image d'un individu qui veut ne pas pouvoir et non pas qui ne peut pas. L'exagération de ses symptômes prend une allure grotesque lorsque, notamment, il fait semblant de marcher sur ses lunettes qu'il a précautionneusement laissé tomber au sol. Avec son attitude régressive, il s'est totalement déconditionné du point de vue psychique et physique, mais il ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique à la santé qui pourrait porter préjudice à sa capacité de travail.

A ce titre, les appréciations des expertises rédigées préalablement n'apparaissent plus comme contradictoires: il est possible que l'assuré ait souffert d'un syndrome de stress post traumatique, mais celui-ci ne peut plus être pris en considération 11 ans après l'accident. Etant donné que l'expertise rédigée le 06.06.2001 signée par les Drs F. _____ et H. _____ met en évidence une majoration de troubles physiques pour des raisons psychologiques et ne mentionne plus de symptômes d'un état de stress post traumatique, on doit considérer qu'en tous cas en juin 2001, ce syndrome n'est

plus perceptible. L'assuré n'a donc plus de diagnostic d'atteinte invalidante à la santé depuis juin 2001.

Lorsque dans cette même expertise, il est mentionné que l'assuré ne pourra plus reprendre d'activité professionnelle, cette appréciation est parfaitement crédible, mais ne s'appuie pas sur des motivations médicales. L'assuré ne retravaillera vraisemblablement plus, mais pas parce qu'il a une atteinte invalidante à la santé. Les raisons de sa non activité professionnelle sont strictement tributaires de sa volonté.

Les limitations fonctionnelles: outre un déconditionnement massif tributaire de la volonté de l'assuré, il n'y a aucune limitation fonctionnelle quant à une reprise d'activité professionnelle chez cet assuré.

Depuis quand y a-t-il une incapacité de travail de 20 % au moins? L'assuré est au bénéfice d'une rente AI complète depuis juin 1996 pour un syndrome post traumatique et commotionnel en relation avec un accident de juin 1995. Il a donc été considéré à l'époque comme totalement incapable de travailler, ceci pour des raisons psychiatriques.

Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors? Si l'on s'appuie sur l'expertise rédigée le 06.06.2001 par les Drs F._____ et H._____, l'assuré n'a à cette époque plus de symptôme évoquant ce diagnostic de syndrome post traumatique et commotionnel. On doit donc considérer qu'il est guéri depuis lors, il n'a plus d'atteinte psychiatrique à la santé dès juin 2001. Le fait qu'il soit mentionné dans l'expertise que l'assuré ne retravaillera plus est certes crédible, mais ce n'est pas pour des raisons médicales.

Concernant la capacité de travail exigible, du point de vue strictement médical, l'assuré a une pleine capacité de travail exigible.

CAPACITE DE TRAVAIL EXIGIBLE

Dans l'activité habituelle (aide-jardinier): 100% sur le plan psychiatrique.

Dans une activité adaptée: 100% sur le plan psychiatrique.
Depuis juin 2001."

Dans un avis médical SMR du 19 octobre 2006, le Dr M._____ relève notamment ce qui suit :

"Actuellement, l'état de santé de l'assuré est identique à celui de juin 2001 (avec encore quelques améliorations (plus de photo- ni de phonophobie, sens de l'humour, mise en évidence d'une perception positive de l'avenir (en ce qui concerne ses enfants), disparition définitive de la notion de stress post-traumatique suite à accident de la circulation puisque l'assuré conduit lui-même sa voiture, capacité qui contraste franchement avec l'image de ralentissement moteur très important qu'il donne lors de l'examen.

Aussi, nous estimons, avec la Dresse X._____, que l'assuré présente une amélioration de son état de santé, au moins depuis juin 2001 et que sa capacité de travail comme aide-jardinier ou toute activité adaptée est de 100% depuis cette époque."

Dans un projet de décision du 10 décembre 2008, considérant l'amélioration de l'état de santé de l'assuré constatée par la Dresse X._____ lui reconnaissant une pleine capacité de travail, l'OAI a informé l'assuré de la suppression de la rente le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision.

Le Dr I._____ a rédigé un certificat médical le 12 janvier 2009 selon lequel les plaintes actuelles de l'assuré sont identiques à la situation décrite lors de l'expertise de 2001. Il relève qu'il n'y a pas d'évolution notable de l'état de santé de son patient et qu'une amélioration ne lui semble pas envisageable. Le traitement actuel est médicamenteux, antalgique (Tramadol) et antivertigineux (Stugeron). Il ajoute que l'assuré n'a pas d'activité professionnelle actuellement.

L'assuré s'est opposé à cette décision en demandant à continuer à être mis au bénéfice d'une rente entière.

Par décision du 11 mai 2009, l'OAI a supprimé la rente dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois suivant la notification de la décision. Il a en outre adressé à l'assuré une lettre datée du même jour et faisant partie intégrante de la décision dont la teneur est la suivante :

"(...)

A la lecture du rapport d'examen clinique, nous constatons que le médecin psychiatre du SMR explique clairement en quoi les critères pour retenir le diagnostic de syndrome de stress post traumatique ne sont plus présents. Il est notamment précisé en page 3 que vous ne présentez plus de reviviscences répétées des événements, pas de souvenirs envahissants, pas de cauchemars, pas d'anhédonie et pas d'évitement des activités évoquant le traumatisme du fait que vous conduisez de nouveau. Il est donc faux d'affirmer que le médecin du SMR n'a pas décrit en quoi les caractéristiques d'un état de stress post traumatique n'étaient plus présentes dans votre situation.

Pour le surplus, l'examen clinique SMR a permis de démontrer que vous ne présentiez plus de symptomatologie psychiatrique mais seulement une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques, affection qui ne constitue pas une atteinte à la santé invalidante.

Compte tenu de ce qui précède, nous maintenons que votre état de santé s'est amélioré depuis la décision initiale d'octroi de rente. Une

révision de votre degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA était dès lors parfaitement justifiée.

Le fait que le SMR se soit désormais distancé des conclusions de l'expertise des Drs F. _____ et H. _____ réalisée en 2001, alors que celles-ci avaient dans un premier temps été admises par ce dernier (v. avis médical SMR du 18 avril 2002), n'est à notre avis pas de nature à remettre en doute ce point. Par ailleurs, le regard critique désormais posé par le SMR à l'encontre de cette précédente expertise a simplement permis au médecin du SMR d'appuyer ses propres constatations faites lors de son examen clinique.

De plus, le point de savoir si un changement s'est produit (notamment une amélioration de l'état de santé) au sens de l'art. 17 LPGA doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale d'octroi de rente et les circonstances prévalant au moment de la décision de révision.

Dans votre situation, il n'est pas contesté que vous présentiez, lors de la décision initiale d'octroi de rente, un état de stress post traumatique justifiant l'octroi d'une rente d'invalidité. L'examen clinique SMR du 29 septembre 2006 a toutefois clairement démontré que votre état de santé s'était par la suite amélioré vu que la pathologie, fondant l'octroi de votre rente, n'était plus présente.

A noter que le certificat médical du 12 janvier 2009 émanant du Dr I. _____ et transmis à l'appui de votre contestation n'est pas de nature à remettre en cause cet élément.

En conclusion, nous estimons que votre situation a fait l'objet d'une instruction médicale complète et cohérente qui a permis à l'administration de rendre sa décision en toute connaissance de cause. Il n'y a donc pas lieu de mettre en place une nouvelle expertise psychiatrique telle que sollicitée.

Au vu de tout ce qui précède, nous considérons que les arguments avancés dans le cadre de l'audition ne sauraient être de nature à modifier notre position et le projet incriminé du 10 décembre 2008 doit être entièrement confirmé."

D. Le 10 juin 2009, V. _____ a recouru contre cette décision en concluant, avec dépens, à son annulation, une rente entière continuant à lui être allouée. Il a requis la mise en œuvre d'une expertise.

Il a en outre requis la restitution de l'effet suspensif, requête rejetée par ordonnance du 13 juillet 2009.

Le recourant estime qu'il n'y a pas lieu à révision dès lors que les circonstances ayant justifié l'octroi d'une rente entière sont inchangées. Il soutient que l'expertise médicale rendue par l'Hôpital psychiatrique T. _____, l'expertise du Dr L. _____ et les rapports médicaux des Drs I. _____ et C. _____ doivent être considérés comme ayant valeur probante. Il allègue en outre que ces expertises ont été établies par des médecins et des experts neutres ayant examiné le

recourant sans aucun préjugé dès lors qu'aucune implication ne les lie aux parties, sous réserve du Dr C._____, contrairement au SMR qui est un organe d'exécution de l'AI. Il conteste donc les conclusions du rapport du SMR d'octobre 2006 sur lesquelles est fondée la décision dont est recours.

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

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI; RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné.

b) 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 1968 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 loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté le 10 juin 2009 par V._____ contre la décision rendue le 11 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton

de Vaud. Ce recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA). Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 c. 2c; 110 V 48 c. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Est litigieuse en l'espèce la réduction, avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision attaquée, de la rente entière octroyée au recourant par décision du 8 avril 1997.

3. En vertu de l'art. 17 al. 1 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. 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 c. 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 c. 2.1 et les références).

4. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 c. 5.1; 125 V 351 c. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal Fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 c. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, 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 c. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106 c. 3b/bb et cc). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être

démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4). La Haute Cour a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert, ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert et l'organisme d'assurance (ATF 132 V 376 c. 6.2; 123 V 175 c. 4b et 122 V 157 c. 1c; TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 c. 2.4).

5. En l'espèce, le litige porte sur la modification éventuelle, par la voie de la révision, du droit du recourant à une rente entière d'invalidité depuis la décision de rente du 8 avril 1997, la communication du 22 avril 2002 n'étant pas pertinente pour la base de comparaison déterminante dans le temps.

6. a) Selon la Classification internationale des maladies (10^{ème} révision, CIM-10, F43.1), l'état de stress post-traumatique constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Les symptômes typiques comprennent la reviviscence répétée de l'événement traumatique dans des souvenirs envahissants ("flashbacks"), des rêves ou des cauchemars; ils surviennent dans un contexte "d'anesthésie psychique" et d'émoussement émotionnel, de détachement par rapport aux autres, d'insensibilité à l'environnement, d'anhédonie et d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Les symptômes précédents s'accompagnent habituellement d'un hyperéveil neuro-végétatif, avec hypervigilance, état de "qui-vive" et insomnie, associés fréquemment à une anxiété, une dépression, ou une idéation suicidaire. La période séparant la survenue du traumatisme et celle du trouble peut varier de quelques semaines à quelques mois. L'évolution est fluctuante, mais se fait vers la guérison dans la plupart des cas.

b) Les Drs W._____ et B._____ observent le 5 décembre 1995 une thymie dépressive, des troubles du sommeil (difficulté d'endormissement, réveils fréquents) ainsi qu'une rumination constante

d'idées en relation avec le traumatisme vécu au mois de juin 1995, des céphalées quotidiennes et constantes, sourdes, de localisation bi-frontale avec irradiation à l'occiput, amenant également l'intéressé à se remémorer de manière répétitive les différents moments de l'accident, celui-ci décrivant en outre une peur importante lors de voyages en voiture. Ces praticiens indiquent que le recourant présente par ailleurs un ensemble de symptômes de type neurovégétatifs - sensation vertigineuse avec manifestation visuelle sous forme de points lumineux, phono- et photophobie non-systématisées, perte de l'appétit. Ils posent dès lors le diagnostic d'état de stress post-traumatique. De même, la Dresse G._____ note en janvier 1996 que le patient continue à se plaindre de céphalées, de fatigue, de malaises sans perte de connaissance et surtout d'insomnie, de cauchemars, de troubles de l'humeur, de fatigue qui évoquent un syndrome post-traumatique. Le 14 octobre 1996, le Dr L._____ pose également ce diagnostic tout en observant qu'à l'heure actuelle l'aspect intrusif nocturne et diurne s'est estompé, pour ne pas dire qu'il a disparu. Tout comme la Dresse G._____, il pose encore le diagnostic de syndrome post-commotionnel. Enfin, le 6 janvier 1997, le Dr C._____ indique que le syndrome post-traumatique est une atteinte invalidante actuellement, mais susceptible d'amélioration.

Une rente entière a ainsi été allouée au recourant le 8 avril 1997 à cause du diagnostic d'état de stress post-traumatique.

c) Dans son rapport du 6 octobre 2006, la Dresse X._____ n'a décelé aucun signe de photophobie, ni de phonophobie, ni de signe de déficit intellectuel majeur, ni d'élément de la lignée anxieuse, ni de trouble du cours de la pensée. Elle indique que la thymie est abattue, non réactive, que l'appétit est décrit comme bon, le sommeil comme excellent et que la perception de l'avenir est élaborable. Elle n'a pas constaté de sentiment de culpabilité, ni d'anhédonie, pas d'idéation suicidaire et la fatigabilité correspond plutôt à une nonchalance. Concernant les critères d'un éventuel syndrome de stress post-traumatique, elle relève que le recourant ne se perçoit pas actuellement comme confronté à sa propre mort, qu'il n'y a pas de reviviscences répétées des événements, pas de

souvenirs envahissants, pas de cauchemars, pas d'anhédonie, pas d'évitement des activités évoquant le souvenir du traumatisme (l'assuré conduit), pas de sentiment d'être sur le qui-vive ni de toxicomanie. Elle ajoute que les notions d'anesthésie psychique, émoussement émotionnel et détachement par rapport aux autres ne sont pas spécifiques et dans ce contexte, n'ont pas été attribués à un syndrome de stress post-traumatique. Les Drs F._____ et H._____ diagnostiquent, certes, le 6 juin 2001, un état de stress post-traumatique, l'expertise n'en décrit toutefois pas les symptômes typiques. En effet, en particulier, la reviviscence répétée de l'événement traumatique n'est pas mentionnée. Les experts indiquent que la thymie est difficile à évaluer, et qu'il n'y a pas d'idéation suicidaire verbalisée.

Il y a dès lors lieu d'admettre que le diagnostic d'état de stress post-traumatique ne peut plus être retenu depuis 2001 déjà.

La Dresse X._____ a constaté, comme ses autres confrères, une mauvaise collaboration de la part du recourant. Celui-ci n'a suivi aucun traitement psychiatrique. Son médecin traitant mentionne d'ailleurs uniquement un traitement antalgique et antivertigineux.

La Dresse X._____ diagnostique une majoration des troubles physiques pour des raisons psychologiques (F68.0) ou névrose de compensation, avec mauvaise collaboration et aucune attitude visant à réduire le dommage, ce diagnostic n'entraînant pas d'incapacité de travail. Le Dr D._____ avait posé ce diagnostic sans retenir d'incapacité de travail non plus. Les Drs F._____ et H._____ le retiennent d'ailleurs aussi en mentionnant que l'expertise du Dr D._____ est pertinente.

Il suit de là que l'expertise des Drs F._____ et H._____ ne peut être suivie. Les derniers rapports du Dr I._____, non plus, dès lors qu'ils ne sont pas motivés.

En revanche, le rapport médical de la Dresse X._____, qui procède d'une étude complète et détaillée du cas du recourant, ne

comporte pas de contradictions et dont les conclusions sont claires et motivées a ainsi valeur probante et doit être suivi.

Il y a en conséquence lieu d'admettre que l'état de santé du recourant s'est amélioré dès 2001, sa capacité de travail étant entière dès cette date.

d) Le dossier médical étant complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise. La requête du recourant en ce sens doit être rejetée.

7. Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il reste à statuer sur les frais et les dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, 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
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 11 mai 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Les frais d'arrêt arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge du recourant.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- CAP, Compagnie de Protection Juridique SA (pour V. _____),
- 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 :