

VD_FINDINFO AI 422/10 - 96/2012 vom 12. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_422_10_-_96_2012

FR: VD_FINDINFO AI 422/10 - 96/2012 du 12 mars 2012

IT: VD_FINDINFO AI 422/10 - 96/2012 del 12 marzo 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-INVALIDITÉ, RENTE D'INVALIDITÉ,
NOUVELLE DEMANDE, RÉVISION{PRESTATION D'ASSURANCE} | 17 LPGA, 87
RAI

Erwägungen

E. 12

mars 2012 _____ Présidence de M. Jomini Juges : Mmes
Dormond Béguelin et Rossier, assesseurs Greffier : Mme Pellaton ***** Cause
pendante entre : W. _____, à Vevey, recourant, et Office de l'assurance-invalidité pour
le canton de Vaud, à Vevey, intimé. _____ Art.

E. 17

LPGA; 87 RAI E n f a i t : A. W. _____ (ci-après: l'assuré), né le 24 novembre 1961, a
déposé une première demande de prestations AI le 13 décembre 2001. L'Office de
l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: OAI) a traité cette demande. A cette
époque, l'assuré était sans activité professionnelle, après avoir travaillé dans divers
domaines (notamment: représentant, cuisinier, agent d'assurances, chauffeur-livreur,
employé polyvalent dans un hôpital). L'OAI a chargé son Service médical régional
(ci-après: SMR) d'effectuer un examen clinique pluridisciplinaire. Cet examen a eu lieu le
10 octobre 2003. Le rapport d'examen, du 14 janvier 2004, énonce les conclusions
suivantes : "Diagnostics: · Suspicion d'alcoolisme chronique. · Gonarthrose du genou
(M17.3) dans le cadre de - Distorsion du genou gauche en 1983. - Méniscectomie interne
par arthrotomie et section de l'aileron rotulien externe en 1984. - Ostéotomie de valgisation
et transposition de la tubérosité gauche en 1986. - AMO et lavage-drainage pour infection à
bas bruit fin 1986. - Toilette articulaire par arthroscopie en 2001. · Syndrome pyramidal
gauche. · Léger trouble de la statique rachidienne avec bascule du bassin à gauche et
scoliose correspondante à long rayon. · Excès pondéral. · Tabagisme (23 UPA).

Appréciation consensuelle du cas: Cet assuré de 42 ans présente une longue histoire de
problèmes au niveau de son genou gauche: suite à une distorsion en fin 1963 il a bénéficié
d'une méniscectomie en 1984, mais il a rapidement développé des lésions dégénératives,
motivant une ostéotomie de valgisation et une transposition de la tubérosité du tibia en
1986, compliquée par une infection à bas bruit. Au vu des douleurs persistantes une toilette
articulaire par arthroscopie est effectuée en août 2001 sans que M. W. _____ se sente
vraiment soulagé. Actuellement il se plaint de douleurs occasionnelles dans le genou, la
fesse et le dos à gauche avec 5 ou 6 chutes sur lâchage, ce qui l'empêche de reprendre son
travail soit de cuisinier, sommelier ou homme à tout faire. Un séjour de rééducation à la
Clinique S. _____ à Sion a été très positif sur le plan subjectif et objectif, mais l'assuré
n'a pas poursuivi la musculation. Lors de l'examen clinique on se trouve en face d'un

homme en très bon état général avec un certain excès pondéral. On découvre un discret trouble de la statique rachidienne sans déficit fonctionnel. La rotation interne des hanches est légèrement diminuée, très probablement à cause d'une dysbalance musculaire. Le genou gauche est sec, la fonction est très bonne (F-E 140-0-0°), il y a des crépitations lors de la mobilisation passive. La rotule est bien mobile, mais douloureuse à la palpation surtout au bord interne ainsi qu'à la cicatrice face externe. Au niveau neurologique il n'y a pas de déficit, la force musculaire globale est excellente et symétrique, à l'exception d'une très discrète diminution au niveau des ischio-jambiers gauche. Il n'y a pas de signes comportementaux apparents. Le dossier radiologique ne nous a pas été apporté par M. W. _____, qui a estimé que ce n'était pas à lui de le chercher. La description de l'arthroscopie effectuée par le Dr V. _____ en date du 12.07.01 ("atteinte chondritique sévère en particulier du compartiment fémoro-patellaire mais également du compartiment interne") ainsi que le rapport radiologique de Sion en date du 11.02.02 ("irrégularité de la surface articulaire de la rotule" avec ostéophytes du pôle inférieur et supérieur, "pincement fémoro-tibial interne avec légère sclérose sous-chondrale, ostéophytose débutante du plateau tibiale interne et du condyle fémoral interne et effilement ostéophyttaire de l'épine tibiale interne") confirme l'impression clinique d'une gonarthrose. On peut donc comprendre que Monsieur W. _____ ne peut plus travailler entièrement en tant que sommelier, cuisinier ou homme à tout faire. Par contre, dans une activité adaptée à son problème de genou il est absolument capable de reprendre une activité professionnelle à 100%. Dans le contexte d'une problématique du genou gauche, suite à un accident de travail en 1984, l'assuré a été hospitalisé pour un bilan à la Clinique S. _____, où il a bénéficié d'une évaluation psychiatrique le 13.02.2002. Dans son rapport médical, le Dr N. _____, médecin psychiatre, pose le diagnostic d'abus d'alcool et de trouble cyclothymique probable, avec des oscillations vers le haut et le bas, n'atteignant jamais la sévérité d'un état maniaque ou d'un trouble dépressif majeure. Le 10.04.2002, le même psychiatre évalue une thymie euthymique, mais il garde le diagnostic de trouble cyclothymique probable pour la lettre de sortie. Selon lui, la rémission constatée ne justifie pas de retenir d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique. Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Dès lors, nous n'avons pas retenu d'incapacité de travail justifiable du point de vue médico-juridique. Les traits dépendants et narcissiques de la personnalité sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. Le diagnostic de trouble cyclothymique, posé par le Dr N. _____, déjà amélioré au mois d'avril 2002, est en rémission complète. Sur la base de notre observation clinique, l'assuré souffre d'un probable alcoolisme chronique, de longue date, qui devrait être investigué et soigné. Du point de vue psychiatrique, notre examen n'a pas montré de maladie psychiatrique invalidante pouvant justifier une quelconque diminution de la capacité de travail. De plus, nous n'avons pas noté de perturbation de l'environnement psychosocial. Par conséquent sur le plan psychiatrique, l'assuré présente une capacité de travail entière. Les limitations fonctionnelles psychiatriques: pas de limitation fonctionnelle psychiatrique. Les limitations fonctionnelles sur le plan somatique : éviter la position debout prolongée au-delà de 2 à 3 heures, le port de charge plus lourdes que 10 kilos occasionnellement, les déplacements fréquents et surtout la montée/descente des échafaudages, échelles ou escaliers. Concernant la capacité de travail exigible, elle est réduite à zéro dans ses anciennes occupations de sommelier et cuisinier, à environ 50%

comme homme à tout faire, mais elle est de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Capacité de travail exigible: 100% dans une activité adaptée." Sur cette base, le SMR a rédigé le 16 janvier 2004 un avis qui reprend les conclusions du rapport précité, en particulier à propos de la capacité de travail exigible de 100 % dès le 15 mars 2002 au moins (sortie de la Clinique S. _____), dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes: "éviter les orthostatismes prolongés, le port répété de charge excédent 10 kg, les déplacements fréquents et surtout les montées et descentes d'escaliers". Le 23 novembre 2004, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Il a considéré ce qui suit, à propos de l'activité adaptée exigible et des revenus déterminants pour évaluer le taux d'invalidité: "Dans des emplois tels que - contrôle de produits manufacturés - petite mécanique - travaux de montage - façonneur de lumières - serveur aux presses et contrôle - opérateur galvanisation - employé de fabrique vous pourriez réaliser un revenu annuel brut de fr. 44'400.--. Si vous aviez pu poursuivre votre activité d'employé polyvalent vous pourriez prétendre à un revenu annuel de fr. 52'884.--. Vous subissez par conséquent un préjudice économique de l'ordre de 16 %. Revenu annuel professionnel raisonnablement exigible: sans invalidité CHF 52'884.00 avec invalidité CHF 44'400.00 La perte de gain s'élève à CHF 8'484.00 = un degré d'invalidité de 16.00 % L'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (art. 17 de la loi fédérale sur l'assurance invalidité (LAI). Le droit au reclassement existe si, compte tenu de l'exercice d'une activité raisonnablement exigible, le manque à gagner durable est de 20% au moins, tel n'est pas le cas. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente d'invalidité." Cette décision n'a pas été contestée et elle est entrée en force. B. Ensuite, à quelques reprises, l'assuré a écrit à l'OAI pour demander des prestations de cette assurance. Il lui a été répondu qu'une nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits (conformément à l'art. 87 al. 3 et 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS. 831.201]). L'OAI a notamment rendu le 21 novembre 2008 une décision formelle de refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, parce que l'assuré n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Cette décision n'a pas été contestée. C. Le 16 septembre 2009, W. _____ a demandé à l'OAI de réexaminer son cas, à cause de modifications dans sa situation médicale, sociale et professionnelle. Il a mentionné notamment une forte dépression. Le 23 septembre 2009, l'OAI l'a invité à produire dans un délai de 30 jours un rapport médical détaillé, ou tout autre élément propre à constituer un motif de révision. La Fondation P. _____ ([...]) a communiqué un rapport établi par un psychiatre et une psychologue. D'autres pièces ont été produites, provenant en particulier du dossier d'une assurance perte de gain. L'OAI a également reçu un protocole opératoire, relatif à une intervention chirurgicale effectuée le 31 juillet 2008 à l'Hôpital T. _____ à Montreux, pour une "reconstruction transosseuse de l'appareil ligamentaire coraco-acromial et arthrodèse temporale de l'articulation acromio-claviculaire droite", après une luxation acromio-claviculaire gauche (rapport des Drs K. _____ et R. _____). Le 26 novembre 2009, le SMR a estimé qu'un épisode dépressif mentionné dans le rapport de la Fondation P. _____ constituait un fait nouveau. Un rapport a été demandé au médecin généraliste traitant, le Dr Q. _____. Celui-ci a mentionné les troubles psychiatriques (dépendance à l'alcool péjorée par un épisode dépressif sévère) et il a estimé que, depuis le 1 er janvier

2010, son patient "serait apte à reprendre une activité professionnelle avec les limites d'un risque de problème relationnel avec les collègues de travail". L'activité professionnelle pouvait selon lui être exercée à 100 %. Le Dr Q. _____ a mentionné le traitement chirurgical de luxation acromio-claviculaire, en juillet 2008; il n'a pas évoqué de limitation dans la capacité de travail, à cause de cette atteinte (rapport du 15 février 2010). L'OAI a chargé le Dr H. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil à Genève, d'effectuer une expertise psychiatrique (expertise indépendante au sens de l'art. 44 LPGa [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS. 830.1]). L'expert a déposé son rapport le 9 août 2010. Il a posé les diagnostics suivants: "Avec répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents? · Aucun Sans répercussion sur la capacité de travail; depuis quand sont-ils présents? · Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool; actuellement abstinent (F10.20); présent depuis 2002 · Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques; syndrome de dépendance (F13.2); présent depuis 2007 · Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4); présent depuis 2001 · Personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31); présent depuis l'adolescence" Il a résumé la situation ainsi : "- En résumé, il s'agit d'un assuré de 48 ans qui a souffert d'un trouble dépressif récurrent qui est actuellement en rémission et pour lequel il n'y a pas d'arguments univoques pour la présence d'une incapacité de travail durable dans le passé. La dépendance à l'alcool passée n'est pas à l'origine de séquelles incapacitantes et il n'y a pas de diminution de l'aptitude au travail en lien avec la dépendance aux benzodiazépines. La personnalité pathologique complique le traitement, mais n'est pas à l'origine, per se, d'une diminution de l'aptitude au travail." Le Dr J. _____, du SMR, a rédigé le 1^{er} septembre 2010 un rapport de synthèse, qui comporte les indications suivantes: "Pathologies associées du ressort de l'AI: voir rapport SMR du 16.1.2004 Facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI: troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, actuellement abstinent, idem liés à l'utilisation de sédatifs, syndrome de dépendance, trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, personnalité émotionnellement labile type borderline, status après cure de luxation acromio-claviculaire gauche, [...] Capacité de travail exigible: Activité habituelle: 100% Activité adaptée: 100% Limitations fonctionnelles: voir rapport SMR du 16.1.2004; pas de travail des bras au-dessus de l'horizontale." D. Le 29 septembre 2010, l'OAI a adressé à l'assuré un préavis (projet de décision) dans le sens d'un refus de prestations. Dans la motivation, il est exposé que la nouvelle demande de prestations – après une décision de refus et une décision de non-entrée en matière – avait été déposée en raison de la survenance d'un trouble dépressif. Afin de préciser le diagnostic et les limitations fonctionnelles actuelles ayant le cas échéant des répercussions sur la capacité de travail et de gain, une expertise médicale avait été mise en œuvre. L'expertise du Dr H. _____ est probante et il en résulte que l'assuré ne présente aucune atteinte à la santé invalidante au sens de l'assurance-invalidité. L'assuré a pris position sur ce préavis le 27 octobre 2010. Il a demandé des investigations complémentaires, sur le plan de son état de santé psychique et aussi sur le plan somatique. A ce propos, il a indiqué qu'il avait fait un stage professionnel en avril 2009 et qu'il avait ressenti de nouvelles douleurs au niveau de l'épaule gauche. Il avait consulté le Dr K. _____ à l'Hôpital T. _____; ce dernier aurait demandé des examens complémentaires, avant de définir le status et les suites du traitement. L'OAI a écrit à l'assuré le 29 octobre 2010. Il l'a invité à préciser jusqu'au 10 novembre 2010 s'il entendait effectivement contester le projet. Il a ajouté qu'en cas de contestation, il lui

incomberait de produire dans les 30 jours les éléments médicaux nouveaux rendant plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité (rapport médical détaillé, notamment). L'assuré n'a pas écrit à l'OAI dans le délai fixé au 10 novembre 2010. Le 11 novembre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de prestations. La motivation correspond à celle du préavis du 29 septembre précédent. E. Le 8 décembre 2010, W. _____ a adressé à la Cour des assurances sociales un recours dirigé contre la décision précitée. Dans les conclusions de cet acte, il demande la mise en œuvre d'une "expertise quant aux réelles restrictions physiques et fonctionnelles, suite aux événements concernant l'épaule gauche". Il reproche à l'OAI, qui l'a soumis à un examen psychiatrique, de n'avoir organisé aucun examen de sa santé physique, par un médecin qualifié pour constater les nouvelles limitations fonctionnelles. Le recourant a alors produit un rapport du Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, du 8 octobre 2010, destiné à son médecin généraliste traitant, le Dr D. _____. Lors d'une consultation le 4 octobre 2010, le Dr K. _____ a posé les diagnostics suivants: suspicion de tendinite du long-chef du biceps, à gauche; stabilité résiduelle au niveau de l'articulation acromio-claviculaire à gauche. Il a conclu ainsi : "Je me suis décidé pour une arthro-IRM pour formellement exclure une lésion de la coiffe des rotateurs et voir comment se présente l'articulation acromio-claviculaire". Le recourant a encore produit un rapport du Dr K. _____ du 22 novembre 2010, qui a écrit ceci : "L'IRM est normale, voire l'épaule est préservée en ce qui concerne sa structure. Il n'y a pas a priori d'indication opératoire [...]. Une activité comme concierge me semble être relativement bien adaptée comme activité professionnelle. En tout cas, je pourrais très bien m'imaginer une reprise à partir du 1^{er} décembre 2010. Il faudrait peut-être mettre une légère limitation en ce qui concerne la manipulation de charge ou le travail continu en hauteur. A part ceci, je le considère comme apte au travail à partir du 1^{er} décembre 2010". F. Dans sa réponse du 16 mai 2011, l'OAI propose le rejet du recours. Le recourant et l'OAI ont encore déposé des observations complémentaires, sans modifier leurs positions. E n d r o i t : 1. Dans le domaine des assurances sociales, en vertu de l'art. 56 LPGA, les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours. En matière d'assurance-invalidité, 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 (art. 69 al. 1 let. a LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 830.20); il n'y a donc pas de procédure d'opposition. La décision attaquée est sujette à recours, au sens de l'art. 56 LPGA. Le recours a été formé en temps utile (art. 60 LPGA), selon les formes légales prescrites (art. 61 let. b LPGA). Il est recevable, le recourant concluant certes implicitement, mais suffisamment clairement, à l'annulation de la décision attaquée et à une nouvelle décision après un complément d'instruction sur le plan médical. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 2. Le recourant reproche à l'OAI de n'avoir pas examiné les conséquences, du point de vue de son droit à des prestations de l'assurance-invalidité, de l'atteinte à l'épaule gauche dont il souffre. a) Après l'entrée en force d'une première décision formelle de refus de prestations, rendue par l'OAI le 23 novembre 2004, le recourant a présenté une demande de révision qui a donné lieu à une décision de non-entrée en matière, le

E. 21

novembre 2008. Puis le recourant a encore présenté une nouvelle demande de prestations, ou demande de révision, le 16 septembre 2009. C'est par la décision attaquée que cette nouvelle demande a été rejetée. Dans ces circonstances, l'OAI était tenu d'appliquer la

réglementation de l'art. 87 RAI. Selon les alinéas 3 et 4 de cette disposition, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant – c'était le sens de la décision du 23 novembre 2004 –, la nouvelle demande ne peut être examinée que si son auteur établit de façon plausible que l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009, consid. 1.2). En l'occurrence, contrairement à ce qui s'est passé en 2008-2009, l'OAI est entré en matière. Selon la jurisprudence, lorsque l'administration est saisie d'une nouvelle demande sur laquelle elle est entrée en matière selon l'art. 87 RAI, il faut appliquer par analogie les principes concernant la révision, au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2). Dans cette hypothèse, il y a donc lieu d'examiner si, entre la décision de refus de prestations entrée en force – en l'espèce, la décision de 2004, qui comporte un examen matériel de la situation du recourant – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). b) Cela étant, le motif de révision invoqué en l'espèce était lié à une évolution de l'état dépressif. Sur le plan psychiatrique, l'OAI a donc estimé qu'une modification avait été rendue plausible et il a ordonné de nouveaux examens médicaux (expertise psychiatrique du Dr H._____). Les résultats de l'expertise ne sont pas critiqués par le recourant. En d'autres termes, celui-ci ne prétend pas que sa capacité de travail serait davantage restreinte qu'en 2004 en raison d'une atteinte à la santé psychique. On ne voit du reste pas pourquoi l'analyse concordante de l'expert, des médecins du SMR et du médecin généraliste traitant, sur ce point, devrait être mise en doute. c) Sur le plan de la santé physique, le recourant n'a invoqué aucune modification dans sa demande de révision du 16 septembre 2009. Il n'a pas produit de rapport médical, de son généraliste ou du chirurgien orthopédique, dans le délai de 30 jours qui lui avait d'emblée été fixé par l'OAI. Il ne s'est donc pas prévalu de l'atteinte à l'épaule gauche qui avait donné lieu à une opération une année plus tôt. Cela étant, les médecins du SMR ont d'office évalué les conséquences de cette atteinte, en tenant compte de l'avis du médecin généraliste (qui avait mentionné l'opération dans son rapport): ils ont estimé que cela n'entravait pas la capacité de travail (à 100 %) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles; ils ont cependant ajouté une limitation fonctionnelle – pas de travail des bras au-dessus de l'horizontale – à la liste de ces limitations qui avait été établie lors du traitement de la première demande de prestations AI. Cette nouvelle limitation fonctionnelle ne modifie pas, ou pas de manière significative, le champ des activités adaptées envisageables, dans le secteur industriel léger ou dans les services (dans la première décision de l'OAI: petite mécanique, travaux de montage, etc.; le Dr K._____ a aussi mentionné la profession de concierge). L'OAI, qui a tenu compte de l'ensemble des limitations fonctionnelles mentionnées par le SMR, pouvait donc considérer que l'on n'était pas en présence de nouvelles circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente. En d'autres termes, cela ne constituait pas un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA. d) Le recourant a fait valoir toutefois que de nouvelles douleurs sont survenues dans la région de son épaule gauche. Il a présenté cet argument à l'OAI le 27 octobre 2010, soit vers la fin de la procédure de révision, et il n'a pas présenté de preuve médicale à l'appui de ses affirmations. Invité par l'OAI à prendre position plus clairement à ce propos, avant qu'une décision formelle ne soit rendue, il a renoncé à compléter son argumentation ou ses preuves. Dans le système prévu du droit fédéral (art. 17 LPGA et art. 87 RAI – cf. supra, consid. 2a), l'OAI était fondé à écarter sans autre ces allégations concernant de nouvelles

douleurs à l'épaule gauche. Quoi qu'il en soit, les pièces médicales que le recourant a ensuite communiquées à la Cour de céans, à l'appui de ses moyens – à savoir les deux derniers rapports du Dr K. _____ – démontrent qu'il n'y avait pas à l'époque, à cause des douleurs à l'épaule gauche, de diminution significative de la capacité de travail ou de gain. e) En définitive, l'OAI était fondé à rejeter la nouvelle demande de prestations ou demande de révision. Les griefs du recourant doivent être écartés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 3. 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; 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. 49 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.