

VD_FINDINFO AI 56/15 - 93/2016 vom 2. Februar 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_56_15_-_93_2016

FR: VD_FINDINFO AI 56/15 - 93/2016 du 2 février 2016

IT: VD_FINDINFO AI 56/15 - 93/2016 del 2 febbraio 2016

Regeste

AI{ASSURANCE}, RENTE D'INVALIDITÉ, RECONVERSION PROFESSIONNELLE, ÉVALUATION DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL, FORCE PROBANTE, EXPERTISE | 17 LAI, 28 LAI, 4 LAI, 8 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 8

al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la maintenir ; les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (art. 8 al. 3 let. b LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à une mesure de reclassement professionnel au sens de l'art. 17 LAI est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 108 consid. 2b ; TF 8C_36/2009 du 15 avril 2009 consid. 4, 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain approximativement équivalente à celle que lui offrait son activité avant la survenance de l'invalidité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2a ; TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3 et les références). En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas, car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce. Comme toute mesure de réadaptation, les mesures de reclassement doivent par ailleurs être adéquates : il doit exister une proportion raisonnable entre les frais qu'elles entraînent, leur durée et le résultat que l'on peut en attendre (ATF 103 V 16 consid. 1b et 99 V 34) et, si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (TF 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1 er février 2010 consid. 2.4, 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une

mesure ou y mettre fin (TF I 552/06 du 13 juin 2007 consid. 3.1). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). d) Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration ou le juge. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention litigieuse. Dans ce contexte, l'administration ou le juge doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier (VSI 1994 p. 220 consid. 4a). Le principe inquisitoire n'est cependant pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. à cet égard art. 28 al. 1 et 2 LPG). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 5.1). e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b ; ATF 117 V 287 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_397/2007 du 14 mai 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_81/2007 du 21 février 2008 consid. 2.4). 4. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale dès le 6 juin 2011 dans l'activité habituelle de chauffeur-livreur en raison de ses atteintes physiques et des limitations fonctionnelles qui en découlent. Reste en revanche litigieuse la capacité de travail résiduelle du recourant dans une activité adaptée. A cet égard, l'intimé a estimé que l'intéressé présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée sur la base de l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le F._____ en mai-juin 2012 et de l'expertise du Dr Q._____ effectuée en novembre 2014. Le recourant soutient pour sa part qu'il n'est pas en mesure de travailler à 100% dans l'activité de chauffeur de bus, se référant notamment à l'avis de son médecin traitant, le Dr N._____, raison pour laquelle il demande la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire judiciaire. a) Au plan somatique, les Drs Z._____, psychiatre, et T._____, médecin généraliste et rhumatologue, ont retenu dans leur rapport d'expertise du 5 juillet 2012 les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de lombalgie persistante sur discopathie et hernies discales étagées L4-L5 et L5-S1, d'épisode dépressif modéré sans syndrome somatique, de dysthymie et d'anxiété généralisée. Ils concluaient sur la base de leur expertise que le recourant présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée, préconisant qu'un essai soit d'abord effectué. Cette expertise satisfait aux critères de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les experts ont procédé à l'anamnèse utile, relevé les plaintes alléguées par le recourant. Ils ont ensuite réalisé, dans chacune des deux problématiques médicales spéciales, les examens et observations cliniques nécessaires. Les conclusions de l'expertise sont dûment motivées et exemptes de contradictions. C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est fondé sur cette expertise pour octroyer au recourant une orientation professionnelle, puis un reclassement

dans la profession de chauffeur de bus. Dans le cadre de ce reclassement, le recourant a cependant présenté une nouvelle période d'incapacité de travail dès août 2013 en raison d'une récurrence de ses douleurs à l'épaule droite et une péjoration des lombosciatalgies, mettant un terme à la mesure. Le 21 novembre 2014, le Dr Q. _____ a réalisé un examen clinique rhumatologique, à la suite duquel il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques non déficitaires dans le cadre d'une hernie discale L5-S1 gauche, d'une arthrose modérée des articulations postérieures aux étages inférieurs et de douleurs chroniques de l'épaule droite en lien avec une déchirure partielle du tendon du sus-épineux, d'une tendinose du sous-scapulaire et d'une arthrose modérée de l'articulation acromio-claviculaire. L'expert a observé que par rapport à l'évaluation effectuée lors de l'expertise pluridisciplinaire du F. _____, la hernie discale L4-L5 avait régressé, que le recourant ne présentait pas de sciatalgie et qu'il n'avait pas de déficit neurologique attribuable à une lésion organique. Les lombalgies persistantes s'expliquaient en partie par l'arthrose des articulations postérieures et la persistance de la hernie L5-S1 gauche. Il n'y avait par ailleurs pas d'aggravation significative de l'atteinte dégénérative de la colonne lombaire. Quant à la petite hernie cervicale C6-C7 gauche et aux protrusions discales en C4-C5 et C5-C6, elles ne provoquaient pas de compression médullaire ni radiculaire, de sorte que ces lésions étaient de peu de gravité. S'agissant des douleurs à l'épaule droite, le Dr Q. _____ a noté qu'elles étaient déjà présentes à l'époque de l'expertise du F. _____ et il précise qu'en l'absence d'arthrographie une rupture partielle du tendon du sus-épineux avait pu passer inaperçue. Cette atteinte justifiait des limitations fonctionnelles concernant le port de charges et les activités en hauteur. Elle n'entraînait en revanche pas d'incapacité de travail dans une activité limitée à la conduite d'un véhicule. En définitive, en ce qui concerne les atteintes à la colonne lombaire, l'expert a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges répétitif au-delà de 5 kg, pas de positions en porte-à-faux, ni de mouvements répétitifs de rotation ou de flexion-extension de fortes amplitudes de la colonne lombaire, pas de position statique au-delà d'une heure (sans la possibilité d'effectuer de petits mouvements du tronc), ni debout plus de trente minutes ou de marche au-delà d'une heure. Pour l'atteinte à l'épaule droite, l'expert a estimé qu'une activité adaptée ne devait pas exiger de port de charges répétitif de plus de 5 kg, d'activités prolongées au-dessus de l'horizontale, ou encore de mouvements répétitifs de rotation ou d'élévation des épaules de forte amplitude. Il convient d'ajouter que l'expert a observé une composante non organique des douleurs qui se manifestait par la sous-évaluation du recourant de ses performances physiques, par exemple lorsqu'il déclarait ne pas pouvoir rester plus de dix minutes assis, alors qu'il a maintenu cette position pendant soixante-cinq minutes au moins lors de l'examen médical, ce qui représentait un facteur défavorable pour la reprise d'une activité professionnelle. S'agissant de la force probante de cette expertise, le Dr Q. _____ a procédé à un examen complet et détaillé de l'intéressé et de son dossier. Il a en outre posé son anamnèse, décrit ses plaintes et une journée-type. Les diagnostics qu'il a retenus sont motivés et leur incidence en termes de limitations fonctionnelles est bien décrite. Le Dr Q. _____ s'est par ailleurs livré à une appréciation du cas, ses conclusions sont claires et exemptes de contradictions, de sorte que son appréciation emporte la conviction de la Cour de céans. Contrairement à ce que soutient le recourant, les rapports de la Dresse J. _____ des 11 septembre 2013 et 2 mars 2015 ne permettent pas de remettre en doute les constatations motivées par le Dr Q. _____. Dans son rapport du 11 septembre 2013, la Dresse J. _____ a retenu une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée. Ce rapport n'est toutefois pas motivé et

recommande un examen par le médecin-conseil de l'OAI, ce qui a justement été fait. Dans son rapport du 2 mars 2015, la Dresse J. _____ a déclaré soutenir le recours en raison de l'atteinte cervicale diagnostiquée en juin 2014, sans autre motivation. Or le Dr Q. _____ a précisément pris en compte cette atteinte cervicale dans son appréciation pour retenir qu'elle était de peu de gravité. La Dresse J. _____ a en outre annoncé dans son rapport qu'elle demandait un examen complémentaire au Dr H. _____, neurologue. Le recourant n'a pourtant pas produit de rapport relatif à cet examen. Néanmoins, le SMR en a eu connaissance et a relevé, dans son avis du 21 avril 2015, que le Dr H. _____ n'avait pas constaté de syndrome radiculaire cervical irritatif évident ni de signe de Lhermitte, que les mouvements de la colonne cervicale étaient libres, tous sensibles en fin de cours dans toutes les directions. Le SMR rapportait encore que le Dr H. _____, qui n'avait pas pris position sur la capacité résiduelle de travail du recourant, n'avait mis en évidence « aucune pathologie active en termes de retentissement sur les structures nerveuses actuellement au niveau cervical ». Le recourant a produit en cours de procédure deux rapports de son médecin traitant, lesquels ne lui sont toutefois d'aucun secours. Le rapport du 26 février 2015 du Dr N. _____ a fait l'objet d'une détermination détaillée du SMR qui a réfuté de manière convaincante l'argumentation du recourant (cf. avis SMR du 21 avril 2015). En effet, le Dr M. _____ a notamment observé que les données issues du rapport du Dr N. _____ du 26 février 2015 et du rapport du Dr Q. _____ du 1^{er} décembre 2014 se rapportent à des interrogatoires et examens cliniques qui se sont déroulés à deux mois d'intervalle, ce qui pouvait expliquer certaines différences. Dans son rapport du 29 juillet 2015, le Dr N. _____ a mentionné que la Dresse J. _____ avait pratiqué une intervention de cure de hernie discale le 15 juillet 2015, que ce genre d'intervention n'était pas pratiqué « pour rien » et que si la hernie discale n'avait pas eu de retombée fonctionnelle, la Dresse J. _____ n'aurait pas pris le risque d'opérer. A ce sujet, il y a lieu de noter que les Drs Z. _____, T. _____ et Q. _____ n'ont jamais prétendu que l'atteinte discale restait sans répercussion fonctionnelle, ils ont au contraire constaté des limitations relativement importantes, qui laissaient toutefois une pleine capacité de travail du recourant dans une activité adaptée. Ainsi, outre le fait que ces rapports sont postérieurs à la décision attaquée, voire largement postérieur pour celui du 29 juillet 2015, ils ne suffisaient dans tous les cas pas à mettre en doute les constatations des Drs Z. _____, T. _____ et Q. _____. Dans ces conditions, il y a lieu de retenir que le recourant a présenté une capacité de travail entière au plan somatique depuis septembre 2011, dans une activité adaptée. b) Sur le plan psychique, le rapport d'expertise du F. _____ remplit également les exigences posées par la jurisprudence relatives à la force probante (cf. consid. 3b et 4a). Les experts ont mis en évidence en 2012 la présence chez le recourant d'un état dépressif d'intensité modérée. Au vu de sa compliance au traitement, la posologie de l'antidépresseur avait été augmentée. Les experts ont également posé le diagnostic d'anxiété généralisée, susceptible d'être atténué par l'augmentation de l'antidépresseur. Au status, il ne présentait pas de symptôme maniaque ni psychotique, il n'était pas méfiant ni interprétatif. Il n'avait pas non plus d'idée noire ou suicidaire. Ainsi, les médecins du F. _____ n'ont retenu aucune limitation sur le plan psychique. Le rapport très bref du 4 septembre 2014 du Dr X. _____, psychiatre, et de R. _____, psychologue, n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Ces médecins ont retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, ce qui ne traduit pas de péjoration de l'atteinte qui avait déjà été diagnostiquée et évaluée par le Dr Z. _____. Quant au nouveau diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique, le Dr

X. _____ n'a pas décrit son niveau de gravité, ni expliqué en quoi il entraînerait une véritable incapacité de travail. Il n'a d'ailleurs pas pris position sur une telle incapacité de travail pour des motifs psychiques. Enfin, le rapport du 26 février 2015 du Dr N. _____ décrit un épisode de décompensation survenu la semaine du 16 au 20 février 2015. Cet épisode, visiblement réactionnel à la réception de la décision litigieuse, aurait nécessité l'intervention d'urgence de son psychiatre traitant et l'augmentation de son traitement. Toutefois, aucun document médical du psychiatre traitant n'a été versé au dossier au sujet de cette décompensation qui concerne, dans tous les cas, des faits postérieurs à la décision litigieuse. Dans un dernier moyen, le recourant fait valoir que les médicaments l'endorment « à tout bout de champ », se référant au rapport du 26 février 2015 du Dr N. _____. A cet égard, le SMR a souligné de manière convaincante dans son avis du 21 avril 2015, que le 21 novembre 2014, lors de la prise de l'anamnèse et de l'examen clinique, aucune somnolence ni ébauche d'endormissement n'avaient été constatés. Ainsi, les documents produits par le recourant ne permettent pas d'établir une péjoration de l'état de santé psychique du recourant entre l'expertise pluridisciplinaire du F. _____ et la décision litigieuse. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le recourant présente une capacité de travail entière d'un point de vue psychique. 5. Cela étant, il reste à déterminer le préjudice économique du recourant. a) A teneur de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Le revenu hypothétique de la personne valide se détermine, en règle générale, en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante le revenu qu'elle aurait effectivement réalisé si elle était en bonne santé au moment déterminant. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_651/2008 du

E. 9

octobre 2009 consid. 6.1). Pour établir le revenu que l'assuré pourrait réaliser malgré les atteintes à la santé dont il souffre (revenu d'invalidé), la jurisprudence admet de se référer, à certaines conditions, aux données statistiques de l'Enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS), publiées par l'Office fédéral de la statistique, lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée. En l'absence de formation professionnelle dans une telle activité, il convient de se référer au revenu mensuel brut (valeur centrale) pour une activité simple et répétitive dans l'économie privée, tous secteurs confondus (RAMA 2001 no U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés mentionnés dans l'ESS correspondent à une semaine de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée du travail hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. Par ailleurs, l'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, la catégorie d'autorisation de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 126 V 75). b) En l'espèce, l'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé se fonde à juste titre sur une approche théorique. En revanche, il convient de se placer au moment où les conditions du droit à la rente sont réalisées pour procéder à la

comparaison des revenus, soit en l'occurrence en 2012 (après l'écoulement du délai d'attente d'une année, art. 28 al. 1 LAI). S'agissant du revenu hypothétique sans invalidité, il y a lieu de se référer au revenu de 74'008 fr., lequel ressort de l'extrait de compte individuel AVS du recourant pour l'année 2010 (le revenu annoncé pour 2011 par l'employeur n'étant pas complet étant donné l'incapacité de travail survenue en cours d'année ; cf. questionnaire pour l'employeur du 14 février 2012). Ce montant doit encore être adapté à l'évolution des salaires nominaux entre 2010 et 2012. Le salaire sans invalidité ainsi adapté et arrondi s'élève à 75'346 fr. 50 (+ 1% en 2011 ; + 0.8% en 2012 ; cf. Indice suisse des salaires publié par l'Office fédéral de la statistique), en lieu et place des 75'727 fr. 30 retenu par l'OAI. S'agissant du revenu d'invalidité réalisable en 2012, il se base sur le salaire mensuel brut de 5'210 fr. tel que ressortant de l'ESS 2012, contrairement au calcul de l'intimé qui s'est basé sur l'ESS 2010. Cela représente un revenu annuel brut (part au 13^{ème} salaire comprise) de 62'520 francs. Adapté à l'horaire de travail hebdomadaire usuel moyen dans le secteur d'activité concerné, soit 41.7 heures en 2012 (La Vie économique 9-2013, tableau B 9.2), on obtient un revenu d'invalidité annuel brut de 65'177 fr. 10 ($[62'520 \text{ fr.} / 40] \times 41.7$). Compte tenu de l'ensemble des limitations fonctionnelles, il convient de retenir un abattement de 10% sur le revenu d'invalidité, ce que l'OAI n'a pas fait. Partant, après déduction d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidité réalisable en 2012 s'établit en définitive à 58'659 fr. 40. Après comparaison entre le revenu sans invalidité (75'346 fr. 50) et celui d'invalidité (58'659 fr. 40), il en résulte une perte de gain de 16'687 fr. 10 correspondant à un degré d'invalidité de 22% ($16'687 \text{ fr.} 10 / 75'346 \text{ fr.} 50 \times 100$), soit un degré insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 6. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise médicale bidisciplinaire n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. 7. Le degré d'invalidité du recourant atteignant le seuil des 20%, il aurait droit sur le principe à des mesures d'ordre professionnel. Il convient de rappeler que le recourant a bénéficié sous l'égide de l'OAI d'une orientation professionnelle, ainsi que d'un reclassement dans la profession de chauffeur de bus. Cette mesure de reclassement a échoué, le recourant ayant présenté une nouvelle incapacité de travail dès août 2013, en raison de la péjoration des lombosciatalgies et d'une récurrence des douleurs à l'épaule droite. En février 2014, le Dr P. _____ était d'avis que l'activité de chauffeur était adaptée au problème de l'épaule du recourant, sous réserve que le véhicule soit équipé d'une direction assistée (cf. son courrier du 3 février 2014). Le Dr N. _____ a expliqué, quant à lui, dans son rapport du 26 février 2015, que le recourant n'était pas en mesure de travailler à 100% dans l'activité de chauffeur de bus à cause de la somnolence entraînée par la prise de son traitement. S'il paraît peu crédible que cette somnolence entraînait une diminution de rendement dans une activité ordinaire, au vu également des constatations des experts mandatés par l'intimé, elle pose néanmoins problème dans une activité nécessitant une attention soutenue à la circulation routière. Ainsi, on doit nourrir de sérieux doutes sur l'adéquation de l'activité de chauffeur de bus avec l'état de santé du recourant. Au vu du taux d'invalidité de ce dernier, un reclassement dans une nouvelle profession est nécessaire, à la condition toutefois que le recourant démontre une motivation suffisante. Il convient donc de renvoyer le dossier à l'OAI afin qu'il examine si les autres conditions de ce droit sont réunies et qu'il statue à nouveau sur ce point, en tenant compte par ailleurs de l'évolution de la situation du recourant depuis sa

dernière décision, à savoir notamment l'opération pratiquée en juillet 2015 par la Dresse J._____. 8. a) Vu ce qui précède, le recours est très partiellement admis en ce sens qu'il est constaté que le recourant présente un taux d'invalidité justifiant l'octroi de mesures professionnelles ; la cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il examine si les autres conditions à l'octroi de telles mesures sont remplies et statue à nouveau. La décision litigieuse est confirmée pour le surplus en ce qui concerne le refus de rente d'invalidité. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal est soumise à des frais de justice, se situant entre 200 et 1'000 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En procédure de recours, les frais sont supportés par la partie qui succombe. Si celle-ci n'est que partiellement déboutée, les frais sont réduits en conséquence (art. 49 LPA-VD). En l'occurrence, il convient de fixer les frais à 400 fr. dont, vu l'issue du litige, 100 fr. sont mis à la charge de l'OAI et 300 fr. à la charge du recourant. c) Le recourant qui obtient partiellement gain de cause et qui est assisté d'un mandataire professionnel a droit à des dépens réduits, fixés à 1'000 fr. et mis à la charge de l'OAI (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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