

VD_FINDINFO AI 87/10 - 413/2011 vom 8. September 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-09-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_87_10_-_413_2011

FR: VD_FINDINFO AI 87/10 - 413/2011 du 8 septembre 2011

IT: VD_FINDINFO AI 87/10 - 413/2011 del 8 settembre 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, EXPERTISE PLURIDISCIPLINAIRE, FORCE PROBANTE, COMPARAISON DES REVENUS | 1 LAI, 69 al. 1 let. a LAI, 69 al. 1bis LAI, 83 LOJV, 16 LPGGA, 60 al. 1 LPGGA, 61 let. g LPGGA, 2 al. 1 let. c LPA-VD, 49 al. 1 LPA-VD, 55 al. 1 LPA-VD, 93 al. 1 let. a LPA-VD

Erwägungen

E. 1

LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté selon écriture du 3 mars 2010 par R._____ contre la décision rendue le 29 janvier 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, décision notifiée au recourant au plutôt le 4 février 2010 de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGGA).

E. 2

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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). En l'espèce, le recourant conteste l'évaluation de sa capacité de travail résiduelle telle que ressortant de la décision litigieuse, soit une exigibilité de 100% dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles. Il soutient en premier lieu qu'à l'occasion de l'expertise interdisciplinaire réalisée par la clinique [...], l'expert psychiatre (le Dr L._____) aurait adopté des préjugés et a priori négatifs ayant influencé dans ce sens les deux autres experts dans le cadre du rapport d'expertise du 23 avril 2007. Il cite à cet égard plusieurs passages de l'expertise psychiatrique. De l'avis du recourant, s'agissant de l'appréciation de sa personnalité et de sa capacité de travail, l'expert psychiatre aurait cherché à s'ériger en moralisateur et non pas en tant qu'expert. Le recourant cite à cet égard plusieurs passages de l'expertise de psychiatrie du 23 avril 2007 qu'il considère comme caractéristique du manque d'objectivité de l'expert. L'expert psychiatre mentionne ainsi en p. 3 de cette expertise que "l'assuré tend à mettre en exergue toutes ses incompétences et évite de mentionner les aspects positifs de sa vie". Sous chiffre 3 par. 2 en p. 4, il est relevé que "[l'expertisé] tousse de façon ostentatoire [...]. Sa tenue vestimentaire était singulièrement bien soignée, avec de belles chaussures et une

montre de style Rolex, contrastant avec une barbe de trois jours mal entretenue". En p. 6 de son examen, l'expert psychiatre mentionne qu'il ne sait comment expliquer les résultats aux tests pratiqués, si ce n'est par des éléments de faible collaboration. En p. 7, il est écrit que "on ne peut que difficilement rendre compte d'une altération de l'intérêt et du plaisir chez cet assuré qui met en exergue sa nécessité de voir deux à quatre fois par semaine son médecin et de devoir prendre des médicaments de façon quotidienne". En p. 10 est évoquée la possibilité de la recherche de bénéfices secondaires, élément qui se verrait confirmé en p. 15 où il est noté que "la famille vit sur le salaire à 80% de l'épouse ainsi que sur des prestations de l'assistance sociale". En p. 11, les plaintes sont perçues comme exagérées et discordantes avec les bases organiques du fait que le recourant signale des douleurs d'intensité de 8/10 avec un "petit sourire, une absence complète d'algie au niveau de la mimique faciale et une mobilisation du tronc ne laissant pas supposer un quelconque blocage". En p. 13, l'expert s'interroge sur l'éventualité d'une surcharge de la symptomatologie algique (trouble factice). Sous chiffre 5 par. 2 en p. 14, il impute au recourant d'attendre "comme par magie, que quelqu'un trouve une solution à ses difficultés". Le recourant avance ensuite que l'atteinte de syndrome douloureux somatoforme persistant a été écartée de manière arbitraire. Il reproche en ce sens à l'expert psychiatre d'avoir fondé son examen sur la base des éléments constitutifs repris de la jurisprudence parue à l'ATF 130 V 352. Les constatations médicales opérées à cet effet s'avèreraient ainsi erronées. Pour terminer, le recourant reproche à l'expert de n'avoir pas retenu à tort le diagnostic d'état de stress post traumatique (PTSD) au motif qu'il ne présenterait plus de remémoration du facteur de stress avec flash back et souvenirs intenses des traumatismes endurés lors de sa fuite durant la guerre en Bosnie. L'OAI considère que les phrases reprises hors de leur contexte par le recourant, afin de démontrer le parti pris de l'expert psychiatre, résultent soit de l'anamnèse, c'est-à-dire des propres déclarations du recourant, soit de constatations objectives de l'expert. Ensuite le caractère invalidant ou non d'un trouble somatoforme douloureux s'apprécie en fonction des différents critères développés par la jurisprudence (in casu selon les conditions de l'ATF 130 V 352). Le fait pour l'expert de mettre en parallèle son observation et ses conclusions diagnostiques avec les exigences de la jurisprudence s'avère être parfaitement correct. Pour terminer vu l'absence d'éléments ressortant du status ou même de l'anamnèse, il n'a pas été possible à l'expert psychiatre de retenir le diagnostic d'état de stress post traumatique.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. L'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une

rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (cf. art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1 er janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI en vigueur depuis le 1 er janvier 2008 [5 e révision de l'AI, RO 2007 p. 5129 ss]). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). 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 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). 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. La valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend également du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. L'administration et les tribunaux devant pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert, cela suppose des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou à tout le moins du médecin qui le vise (TF 9C_547/2010 du 26 janvier 2011, consid. 2.2, 8C_420/2010 du 27 octobre 2010, consid. 4.3 et 9C_53/2009 du 29 mai 2009, consid. 4.2 et les arrêts cités). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

E. 4

a) Dans leur expertise psychiatrique du 23 avril 2007, le Dr L._____ et M. H._____, tous deux spécialistes, se sont fondés sur des examens cliniques, sur une étude fouillée et complète des pièces du dossier, ont pris en considération les plaintes du recourant et ont brossé une anamnèse rigoureuse. L'appréciation du cas avec pronostic est présentée de

manière claire et cohérente. Cette expertise emporte pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée au consid. 3b supra. Les phrases ou citations mises en exergue dans l'expertise psychiatrique par le recourant sont de manière générale sorties de leur contexte et résultent tantôt de l'anamnèse, des propres déclarations du recourant, ou de constatations objectives de l'expert (ce dernier ayant notamment pour tâche de souligner d'éventuelles contradictions entre les déclarations recueillies et ses propres constatations). Dans ces circonstances, on ne voit pas d'éléments propres à rediscuter la qualité de l'expertise psychiatrique qui n'a pas pu s'en trouver altérée par de prétendus préjugés et a priori négatifs du Dr L. _____ . S'agissant de l'affection de syndrome douloureux somatoforme persistant qui aurait été écartée de manière arbitraire par l'expert psychiatre, c'est à tort que le recourant fait grief à l'expert d'avoir fondé son analyse en regard des éléments constitutifs repris de la jurisprudence parue à l'ATF 130 V 352. Ainsi que l'a souligné avec raison l'intimé, un tel mode de procéder s'avère en parfaite adéquation avec la pratique en la matière afin de juger du caractère invalidant ou non d'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Seul le suivi d'une telle méthode permet une analyse scientifique, rigoureuse fondée sur des critères objectifs et de nature à assurer une garantie de traitement entre les situations susceptibles de remplir les conditions posées. Quant au prétendu caractère erroné des constatations de l'expert psychiatre, le recourant livre sa propre appréciation des circonstances sans pour autant disposer d'éléments médicaux concrets afin d'étayer ses dires. Il ressort au contraire d'aucun des certificats ou rapports médicaux au dossier que le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant puisse être retenu en l'espèce. Il n'y a par conséquent aucun motif de se distancer sur ce point de l'appréciation de l'expert psychiatre de la clinique [...]. Le diagnostic d'état de stress post traumatique (PTSD) n'a pas été retenu au motif que de l'avis de l'expert psychiatre, lors de son examen clinique en 2007, le recourant ne présentait plus de remémoration du facteur de stress avec flashback et souvenirs intenses. L'expert a néanmoins relevé qu'il est possible que ce diagnostic fût présent lors de la fuite de Bosnie en 1993. Il résulte certes du dossier que dans deux certificats médicaux des médecins de l'association " [...]" des 10 décembre 1998 et 7 avril 1999, le recourant présentait alors des troubles anxieux d'une part (en 1998) et un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites d'autre part (en 1999). Considérant que plus de huit ans séparent les certificats médicaux précités de l'expertise psychiatrique en question et qu'il existe en outre plus de quatorze ans entre cette expertise et les événements tragiques vécus lors de la fuite depuis la Bosnie, la Cour de céans ne voit pas de raisons de se distancer de l'avis de l'expert psychiatre. Il est par conséquent tout à fait envisageable qu'à la date de la décision attaquée (in casu le 29 janvier 2010) le recourant n'était plus sujet à des remémorations de ses souvenirs difficiles vécus en 1993. Pour ces raisons, le diagnostic d'état de stress post traumatique (PTSD) ne saurait être retenu. b) En définitive, les conclusions médicales de l'expertise pluridisciplinaire du 23 avril 2007 de la clinique [...], reprises dans la décision attaquée, selon lesquelles le recourant bénéficie d'une capacité de travail conservée à 100% sans diminution de rendement depuis 2000 (délai légal d'attente d'une année depuis 1999) dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, ne prêtent pas le flanc à la critique. c) La décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient, sur la base d'un dossier complet, en particulier sur le plan médical, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. On ne voit pas sur quelles conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la clinique [...], le recourant se base pour en déduire une incapacité de travail d'au moins 70% à exercer un travail quelconque.

Au demeurant, il n'apporte aucun élément médical nouveau à l'appui de son recours pouvant mettre en doute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire reprises dans la décision attaquée. De nouvelles mesures probatoires ne seraient donc pas de nature à modifier l'appréciation de la cour de céans, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre de l'expertise ainsi que de l'audition du Prof. Z. _____ sollicitées par le recourant (cf. ATF 122 II 464 c. 4a, JT 1997 I 786; ATF 122 III 219 c. 3.c, JT 1997 I 246).

E. 5

a) Le recourant ne conteste ni le calcul en tant que tel ni la méthode employée par l'intimé pour la détermination du revenu de valide et de celui d'invalidé servant à la comparaison des revenus afin de calculer son taux d'invalidité. Bien que non critiqué, ce point conserve cependant des liens étroits avec la question litigieuse, de sorte que la Cour de céans va devoir procéder ci-après à son examen détaillé (cf. consid. 2 supra). L'art. 16 LPGa dispose que 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. L'invalidité est donc avant tout une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique et ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin puisque ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 et 105 V 205). L'objet de l'assurance consiste par conséquent en l'incapacité pour l'assuré de réaliser un gain par l'accomplissement d'un travail exigible (art. 7 et 8 LPGa), étant précisé à cet égard que le devoir de réadaptation incombe en premier lieu à l'assuré lui-même (ATF 113 V 28 consid. 4a; TFA I 871/2005 du 31 octobre 2006, consid. 5). L'évaluation de l'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative est effectuée, dans la mesure du possible, selon la méthode générale de comparaison des revenus. Compte tenu des capacités professionnelles de l'assuré et des circonstances personnelles le concernant, on prend en considération ses chances réelles d'avancement compromises par le handicap, en posant la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité. Des exceptions ne sauraient être admises, selon la jurisprudence, que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1; TF 9C_439/2009 du 30 décembre 2009, consid. 5.1). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, la jurisprudence préconise, pour la détermination du revenu d'invalidé, la référence aux données statistiques, telle que celles-ci résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. b) En l'espèce, la décision attaquée retient un revenu sans invalidité pour 2000 (année d'ouverture du droit à la rente; cf. art. 28 al. 1 let. b LAI) de 55'640 francs. Le recourant n'ayant pratiquement pas travaillé en Suisse, ce montant se base sur le salaire statistique ESS 2000 pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (tableau TA1; niveau de qualification 4), à savoir un montant mensuel de 4'437 fr. part au 13^{ème} salaire comprise. Les salaires bruts standardisés étant basés sur une durée hebdomadaire de 40 heures inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2000 (41,8 heures; La Vie économique, 10-2006, p. 90, tableau B 9.2), le montant précité doit être porté à 4'636 fr. 67 ($[4'437 \text{ fr.} \times 41,8] / 40$), ce qui donne un montant annuel de 55'639 fr. 98, arrondi à 55'640 fr., lequel correspond au revenu sans invalidité retenu par l'OAI. S'agissant du revenu avec invalidité pour 2000, considérant que le recourant bénéficiait alors d'une capacité de travail résiduelle de 100%

dans toute activité adaptée à ses handicaps (cf. consid. 3d supra), soit pour des activités simples et répétitives dans le secteur privé (niveau de qualification 4), le salaire d'invalide brut s'établit également sur la base des salaires ressortant des données statistiques de l'ESS 2000, à savoir un montant mensuel de 4'437 fr. pour une durée de travail hebdomadaire de 40 heures, part au 13^e salaire comprise, soit un salaire mensuel brut de 4'636 fr. 67 pour une durée de travail hebdomadaire de 41.8 heures correspondant à la moyenne usuelle réalisée dans les entreprises en 2000. Partant pour 2000, le revenu annuel d'invalide réalisable s'élève à 55'639 fr. 98 (4'636 fr. 67 x 12). Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques ESS, tel qu'en l'espèce, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération) sur les salaires ESS (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Une déduction globale maximale de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'office AI. Le pouvoir d'examen de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Ainsi, la juridiction cantonale, lorsqu'elle examine l'usage qu'a fait l'administration de son pouvoir d'appréciation pour fixer l'étendue de l'abattement sur le revenu d'invalide, doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe de l'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé, mais limité à 25% serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (TF 9C_280/2010 du 12 avril 2011). En l'occurrence, la décision litigieuse retient un abattement de 10% sur le revenu d'invalide en raison des limitations fonctionnelles affectant le recourant (pas de travail en hauteur ni dans une ambiance bruyante, pas dans une profession où la communication a de l'importance, pas avec des machines dangereuses surtout avec alarme sonore et éviter le port de charges supérieures à 20 kg). La Cour de céans est d'avis que l'appréciation de l'OAI apparaît justifiée au vu de l'ensemble des circonstances, de sorte qu'en l'absence de motifs suffisants, il n'y a pas lieu pour la cour de substituer son appréciation à celle de l'administration, le taux d'abattement de 10% devant être admis. Partant après déduction de l'abattement, le revenu d'invalide 2000 s'élève ainsi à 50'075 fr. 98 (55'639 fr. 98 – 10%), arrondi à 50'076 francs. Après comparaison, au sens de l'art. 16 LPGA, entre le revenu réalisable sans invalidité (55'640 fr.) et celui d'invalide (50'076 fr.), le degré d'invalidité s'élève à 10% $([55'640 \text{ fr.} - 50'076 \text{ fr.}] / 55'640 \text{ fr.}) \times 100$, soit 10%. On constate ainsi que ce degré d'invalidité – lequel est identique au pourcent ressortant de la décision litigieuse – n'ouvre pas le droit au recourant à l'allocation d'une rente AI (cf. consid. 3a supra).

E. 6

Mal fondé, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il reste à statuer sur les frais et 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 (art. 69 al. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS-VD [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'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 dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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