

## **VD\_GERICHTE ZD07.029855 vom 12. November 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-11-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD07.029855](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD07.029855)

FR: VD\_GERICHTE ZD07.029855 du 12 novembre 2009

IT: VD\_GERICHTE ZD07.029855 del 12 novembre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

a) Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit aux prestations de l'AI. Le recourant reproche en substance à l'OAI de ne pas avoir tenu compte de son affection psychiatrique et de s'être écarté des conclusions de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_, selon lesquelles il dispose d'une incapacité de travail de 50% dans une activité adaptée ; il demande par conséquent la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il conteste en outre le calcul du préjudice économique effectué. Pour sa part, l'OAI est d'avis que le recourant ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique invalidante et qu'il y a donc lieu de retenir une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée aux seules limitations somatiques. b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20]). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

- 11 - raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. c) Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

L'évaluation du taux d'invalidité d'un assuré résulte d'une comparaison entre le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (capacité de gain hypothétique) avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui sur un marché du travail équilibré (capacité de gain résiduelle), après traitements et mesures de réadaptation le cas échéant (art. 16 LPGA). L'exigibilité est un aspect de l'incapacité de travail selon l'art. 6 LPGA (ATF 132 V 393 consid. 3.2). Le taux d'invalidité est, pour ce qui est des assurés actifs, une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, à savoir les gains hypothétiques prévus à l'art. 16 LPGA ; les revenus chiffrés sont comparés et le taux d'invalidité issu de cette comparaison est exprimé en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références ; TF 9C\_510/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.1). La notion d'invalidité au sens de la loi ne se confond donc pas

nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin. La tâche de ce dernier consiste à apprécier l'état de santé de l'assuré et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités ce dernier est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux peuvent encore raisonnablement être exigés de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1).

- 12 - Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité. Il incombe à l'assuré, fût-ce au prix d'un effort important, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22 consid. 4a et les références ; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.1). En outre, l'âge de l'assuré, à l'instar du défaut de qualifications professionnelles et du manque de connaissances linguistiques, n'est pas un facteur lié à l'invalidité, de sorte que l'on ne doit pas en tenir compte dans l'évaluation de celle-ci (ATF 107 V 17 consid. 2c ; TF 9C\_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.2). d) Parmi les atteintes à la santé psychique qui peuvent provoquer une invalidité au sens des normes en vigueur, il faut mentionner – outre les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. Pour déterminer si une atteinte à la santé psychique entraîne une invalidité, il faut établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son atteinte à la santé psychique, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. La mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou – comme condition alternative – qu'elle est même insupportable pour la société (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1 et la référence). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. La jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin

- 13 - 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur. Toutefois, le diagnostic de trouble dépressif ne suffit pas à établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importante au sens de la jurisprudence. En effet, selon la doctrine médicale (cf. notamment Dilling/Mombour/Schmidt [éd.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4e éd., p. 191) sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs constituent des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme

constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence ; TF 9C\_310/2008 du 12 février 2009, consid. 2.1). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des

- 14 - symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009 consid. 2.2). e) Le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). En particulier, la jurisprudence reconnaît qu'un rapport qui émane d'un SMR au sens de l'art. 69 al. 4 RAI (règlement sur l'assurance- invalidité, RS 831.201) a une valeur probante s'il remplit les exigences requises par la jurisprudence (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TFA I 573/04 du 10 novembre 2005, consid. 5.2). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce

- 15 - dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C\_1051/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2). f) Une expertise judiciaire complétant une expertise administrative ne peut être ordonnée, en principe, que lorsque la partie qui la requiert fournit des éléments très sérieux permettant de mettre en doute soit l'impartialité de l'expert, soit la valeur des méthodes utilisées, ou si le rapport déposé apparaît comme insuffisant ou

contradictoire, notamment s'il peut être sérieusement discuté quant au fond (cf. les principes posés par TASS VD 64/79 inc. – 5/1980 du 6 février 1980 ; TASS VD 33/82 inc. – 48/1982 du 14 septembre 1982). Des rapports médicaux ne doivent pas être complétés pour le seul motif qu'un examen supplémentaire pourrait éventuellement aboutir à une appréciation différente, à moins qu'ils ne présentent des lacunes ou qu'ils soient contestés sur des points précis (TFA I 178/05 du 2 septembre 2005, ad TASS VD AI 80/03 du 9 août 2004). Il en va de même si un ou plusieurs médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_480/2008 du 27 janvier 2009).

#### **E. 4**

a) En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son ancienne profession de maçon, compte tenu de ses affections somatiques. Reste dès lors à déterminer s'il dispose néanmoins d'une capacité de travail résiduelle dans une tierce activité, adaptée à ses problèmes de santé. b) Sur le plan somatique, l'expert R. \_\_\_\_\_ considère que les douleurs généralisées dont se plaint le recourant ne trouvent pas d'explication au vu de l'examen rhumatologique. Il retient par conséquent une capacité de travail résiduelle de 80% dans une activité manuelle adaptée à ses problèmes de dos et d'épaule, telle une activité de nettoyage, que l'intéressé a par ailleurs déjà exercée par le passé. Cette appréciation rejoint celle du Dr G. \_\_\_\_\_, qui se rallie à la décision

- 16 - litigieuse, en ce sens qu'elle retient un degré d'invalidité de 52% compte tenu des affections physiques. Il y a donc lieu de retenir, conformément à la décision entreprise, que le recourant dispose d'une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. c) Outre la problématique physique, le Dr G. \_\_\_\_\_ soutient, à l'appui du recours, que son patient souffre également d'une affection psychiatrique, qui limite sa capacité de travail, probablement de manière définitive. Selon le Dr P. \_\_\_\_\_, le recourant souffre d'un état dépressif depuis l'année 2003, ainsi que d'un trouble douloureux, diminuant sa capacité de travail à 50% dans une activité manuelle adaptée, cela moyennant la mise en œuvre de mesures professionnelles et médicales. L'expert psychiatre expose de manière détaillée les motifs l'ayant poussé à retenir le diagnostic de trouble douloureux, à savoir en particulier l'existence d'une comorbidité conversive et douloureuse, une perte d'intégration professionnelle, le caractère chronique de l'affection et l'échec des traitements entrepris. L'OAI s'est toutefois éloigné des conclusions de l'expertise psychiatrique, en privilégiant l'avis du SMR, qui nie toute atteinte à la santé psychique invalidante. Ce dernier considère l'épisode dépressif comme étant d'intensité légère et ne permettant pas de reconnaître une comorbidité psychiatrique manifeste au trouble somatoforme. En effet, l'expert P. \_\_\_\_\_ retient un « trouble dépressif majeur, épisode isolé, en rémission partielle, d'intensité actuelle mineure », tandis que le Dr F. \_\_\_\_\_ fait état d'un trouble dépressif d'intensité moyenne, en légère amélioration, sans toutefois parler de rémission. Quant aux Drs S. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, ils posent le diagnostic de « troubles dépressifs majeur récurrents, épisode actuel modéré avec syndromes somatiques », qui ne limite toutefois la capacité de travail du recourant que dans son ancienne activité de maçon, mais non dans une activité adaptée. En outre, il ressort de leur rapport du 10 octobre 2006 que la symptomatologie douloureuse a provoqué un certain retrait social et des difficultés conjugales et professionnelles et qu'il existe une circularité entre les douleurs et les

- 17 - symptômes dépressifs, qui réalimentent à leur tour la symptomatologie douloureuse. Il s'agit donc bien d'un état dépressif réactif au trouble somatoforme douloureux, soit non autonome, ce que confirme par ailleurs le Dr P. \_\_\_\_\_, en décrivant le trouble dépressif comme « en partie consécutif au trouble douloureux ». Il n'est ainsi pas possible de retenir une comorbidité psychiatrique d'une gravité et d'une durée telles qu'elles puissent, au vu de la jurisprudence, être réputées invalidantes (cf. supra, consid. 3d). S'agissant des autres critères jurisprudentiels, force est de constater qu'ils ne sont pas non plus réalisés. Ainsi qu'exposé ci-dessus, il n'y a pas d'affection corporelle chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, le trouble dépressif majeur n'ayant constitué qu'un épisode isolé. Une dépendance du recourant envers son épouse ne suffit pas à reconnaître une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'intéressé gardant un contact régulier avec sa famille, discutant avec les habitants de son village et fréquentant des amis (cf. rapport d'expertise du 15 novembre 2005, p. 11). Quant à l'échec de traitements conformes aux règles de l'art, il convient de relever que le recourant n'a pas jugé utile de consulter de psychiatre jusqu'au 16 mai 2007, soit après le projet de décision de l'OAI du 26 février 2007, et que la prise d'antidépresseurs depuis l'année 2003 a permis la rémission partielle dont fait état l'expert P. \_\_\_\_\_, l'état dépressif passant ainsi du stade d'intensité majeure à mineure en l'espace de deux ans. L'expert psychiatre relève en outre qu'un manque de compliance n'est pas exclu. Enfin, il y a lieu de relever le caractère diffus des douleurs, décrites comme touchant toutes les parties du corps, mais sans fondement organique. d) Cela étant, selon les Drs S. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_, le recourant n'a jamais disposé des ressources psychiques suffisantes pour travailler dans un autre domaine que celui de maçon, en raison du trouble de la personnalité et de ses faibles capacités intellectuelles. Or, cela est inexact dans la mesure où ce dernier a effectué des travaux de nettoyage pendant six ans, à savoir entre 1996 et 2002, en plus de son activité

- 18 - principale. En outre, ces médecins n'ont examiné l'assuré qu'en septembre 2006, de sorte qu'ils ne sauraient se prononcer de manière aussi péremptoire sur ses capacités psychiques d'adaptation avant cette date. Il n'est donc pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la mise à profit de la capacité de travail de l'intéressé ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui (cf. supra, consid. 3d). Enfin, les difficultés linguistiques ou culturelles, ainsi que l'âge de l'assuré ou son manque d'éducation ne constituent pas des facteurs à prendre en compte dans l'évaluation de l'invalidité (cf. supra, consid. 3c). Au vu de l'ensemble du dossier médical, lequel a fait l'objet d'une instruction suffisante pour permettre à l'autorité de céans de se prononcer en toute connaissance de cause, il appert que le recourant ne souffre d'aucune atteinte psychiatrique pouvant être qualifiée d'invalidante au sens de la jurisprudence. Il convient donc de retenir une capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques.

## **E. 5**

S'agissant du calcul économique, c'est à juste titre que l'OAI n'a pas tenu compte du revenu de l'activité accessoire de nettoyage du recourant, celui-ci ayant cessé cette activité en 2002. La comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas davantage critiquable, dès lors qu'elle s'articule de la manière suivante : a) Revenu sans invalidité  
Selon la jurisprudence, bien qu'il soit hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. Ainsi, il convient en règle générale de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en

prenant en considération l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_641/2008 du 14 avril 2009, consid. 7.1). Il est vrai que certaines circonstances peuvent toutefois

- 19 - justifier qu'on s'en écarte. Il n'est ainsi pas admissible de se baser sur le dernier salaire lorsque celui-ci ne correspond manifestement pas à ce que l'assuré aurait été en mesure de réaliser, au degré de la vraisemblance prépondérante, s'il n'était pas devenu invalide, compte tenu de sa situation personnelle et de ses aptitudes professionnelles. In casu, l'OAI a fixé le revenu sans invalidité du recourant à 69'340 fr. 60, en se référant au courrier de l'employeur du 10 avril 2006. Ce montant, qui répond aux conditions posées par la jurisprudence exposée ci-dessus, est exact et doit être confirmé. b) Revenu avec invalidité Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part dans un marché du travail équilibré, le revenu d'invalide doit être déterminé selon les données statistiques. Il convient donc de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_625/2008 du 26 février 2009, consid. 3.2.1). Cela permet aussi de prendre en compte les données d'un marché équilibré du travail, l'assuré devant mettre à profit toute sa capacité résiduelle de travail objective dans le cadre de son obligation de diminuer le dommage. Pour évaluer l'invalidité, il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale. En outre, pour effectuer la comparaison des revenus, il y a lieu, selon la jurisprudence, de se placer, au moment du début du droit éventuel à la rente, donc dans la plupart des cas à l'échéance du délai d'attente d'une année (cf. art. 29 LAI ; ATF 129 V 222 ; TF 8C\_288/2008 du 26 novembre 2008, consid. 3.5). Dans la mesure où, in casu, l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le 1er avril 2003, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2004.

- 20 - En l'espèce, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2004, 4'588 fr. par mois, part au 13e salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2004, TA1; niveau de qualification 4). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2004 (41,6 heures; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'771 fr. 52, ce qui donne un salaire annuel de 57'258 fr. 24. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 80% dans une activité adaptée et d'une diminution de rendement de 15%, le revenu d'invalide doit être réduit en proportion pour atteindre un montant annuel de 38'935 fr. 60. Le montant ainsi obtenu doit, le cas échéant, encore être réduit en fonction des empêchements propres à la personne de l'assuré, par exemple certaines limitations liées au handicap, à l'âge, à la nationalité, à la catégorie de permis de séjour ou au taux d'occupation. Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La jurisprudence n'admet pas de déduction globale supérieure à 25% (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Dans le cas présent, l'abattement de 15% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalide est approprié, dès lors qu'il prend en compte ces différents facteurs. Le revenu annuel avec invalidité est par conséquent de 33'095 fr. 26. Cela étant, même si l'on retenait

un abattement de 25%, tel que requis par le recourant, le résultat demeurerait inchangé.

- 21 - c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 52,27%, arrondi à 52% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit:  $(69'340 \text{ fr. } 60 - 33'095 \text{ fr. } 26) \times 100 / 69'340 \text{ fr. } 60$ . Ce taux, supérieur à 50%, ouvre droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er avril 2004 (cf. art. 28 al. 1 et 29 LAI).

#### **E. 6**

En définitive, le recours se révèle mal fondé. Il doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise.

#### **E. 7**

Compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice sont arrêtés à 250 fr. et mis à la charge du recourant (art. 69 al. 1bis LAI ; cf. aussi art. 49 al. 1 LPA-VD et art. 2 al. 1 TFJAS [tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 55 al. 1 LPA-VD).

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