

VD_GERICHTE ZD08.000775 vom 17. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.000775

FR: VD_GERICHTE ZD08.000775 du 17 février 2010

IT: VD_GERICHTE ZD08.000775 del 17 febbraio 2010

Erwägungen

E. 1

a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA- VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile, compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

E. 2

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 466 consid. 1). Par faits juridiquement déterminants, on entend l'état de fait fixé par une décision, en règle générale, une décision administrative (Kieser, ATSG – Kommentar, 2ème éd., Zurich 2009, ad art. 82 LPGA, p. 1017). En outre, le Tribunal fédéral apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b).

- 9 - Le cas d'espèce est, en conséquence, régi, du point de vue matériel, par les dispositions de la LPGA, en vigueur depuis le 1er janvier 2003, eu égard au fait que la décision litigieuse – qui fixe définitivement l'état de fait – date du 26 novembre 2007. En revanche, les dispositions de droit matériel de la nouvelle du 6 octobre 2006 (5ème révision de l'AI) ne sont pas applicables au présent litige *ratione temporis*, la décision litigieuse ayant été rendue avant son entrée en vigueur, le 1er janvier 2008. A noter que la LPGA constitue pour l'essentiel la codification et l'uniformisation de pratiques antérieures, raison pour laquelle la jurisprudence développée avant son entrée en vigueur demeure pour l'essentiel applicable.

E. 3

Est litigieuse en l'espèce la question du taux d'invalidité du recourant et de son éventuel droit à une rente AI. a) Selon 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. 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. D'après l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Cette invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou

- 10 - d'un accident (art. 4 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). b) 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). c) Selon la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement,

- 11 - 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 2009, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le

- 12 - 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], 4ème 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 symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une

- 13 - 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

- 14 - 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

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant présente une incapacité de travail totale dans son ancienne activité de maçon ou toute activité lourde, compte tenu de ses affections somatiques. Reste donc à déterminer s'il dispose néanmoins d'une capacité de travail résiduelle dans une activité légère, adaptée à ses problèmes de santé. a) D'un point de vue somatique, le rapport d'expertise interdisciplinaire du 16 décembre 2004, auquel se réfère le SMR, arrive à la conclusion que l'ostéopénie et les troubles dégénératifs modérés du rachis n'empêchent pas l'assuré d'exercer une activité légère ou sédentaire permettant l'alternance des positions et ménageant le dos et la nuque. Cette appréciation rejoint celles des Drs C._____, B._____ et G._____, selon lesquels le diagnostic d'ostéoporose n'a pas de

- 15 - répercussion sur la capacité de travail dans une activité allégée. Quant à la fracture des deux poignets survenue en septembre 2006, c'est en vain que le recourant soutient qu'il ne s'agit pas d'un épisode isolé, dans la mesure où la Dresse G._____, médecin opérateur, constate une évolution objectivement favorable et estime, huit mois après l'accident, qu'une activité légère avec peu de mouvements répétitifs est envisageable. Cela étant, c'est à juste titre que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail exigible dans une

activité adaptée aux limitations fonctionnelles somatiques de l'intéressé. b) D'un point de vue psychiatrique, l'OAI s'en tient à l'appréciation des experts du Centre X. _____ et du SMR, qui nient tout caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux. En effet, la Dresse V. _____ fait état d'une symptomatologie de détresse psychique pouvant correspondre à un épisode dépressif léger ou éventuellement à une rémission incomplète d'un trouble dépressif plus grave, de sorte qu'il n'est pas possible de retenir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une gravité ou d'une durée suffisamment importante au sens de la jurisprudence pour affirmer que le recourant ne serait pas en mesure de surmonter ses troubles moyennant un effort de volonté raisonnablement exigible. Ce raisonnement se voit corroboré par les observations du Département P. _____, qui pose le diagnostic d'épisode dépressif majeur isolé, en rémission partielle, et par celles de la Dresse N. _____, qui constate que l'état dépressif s'est stabilisé pour atteindre un niveau qu'elle qualifie de léger. S'agissant des autres critères jurisprudentiels, force est de constater qu'ils ne sont pas non plus réunis. En effet, il n'y a pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, dès lors que, comme vu ci-dessus, l'état dépressif sévère n'a constitué qu'un épisode isolé. Il n'est pas non plus possible de retenir, au vu du dossier, l'existence d'une affection corporelle chronique ou d'une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie, l'assuré vivant avec sa femme et ses deux enfants et se déclarant bien intégré socialement. Enfin, il n'y a pas d'état psychique cristallisé ou d'échec de traitements

- 16 - conformes aux règles de l'art, les troubles psychiques s'étant atténués grâce à un suivi psychiatrique et à une prise en charge médicamenteuse. Cela étant, même si la Dresse B. _____ retient une incapacité de travail totale dans toute activité en raison des troubles psychiques de son patient, celle-ci n'est pas psychiatre. Elle se réfère par ailleurs au rapport du Département P. _____ du 4 octobre 2001, qui ne se prononce cependant pas sur la capacité de travail exigible. Quant aux Drs K. _____ et S. _____, qui se rallient à l'opinion du médecin traitant, ils ne sauraient mettre en doute le rapport d'expertise du Centre X. _____, qui repose sur une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes du recourant et parvient, au terme d'examens complets et approfondis, à des conclusions dûment motivées et parfaitement convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître pleine valeur probante au vu de la jurisprudence. Le dossier étant ainsi suffisamment instruit pour permettre à l'autorité de céans de se prononcer en toute connaissance de cause, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, telle que requise par le recourant, ne se justifie pas. c) De surcroît, il ne peut être fait abstraction du fait que l'assuré a travaillé sur des chantiers depuis le mois de mars 2003, dans un premier temps en tant que maçon, puis comme chef d'équipe à plein temps, ayant été aperçu alors qu'il effectuait personnellement des travaux de second œuvre et procédait à la pose de carrelage. Ce faisant, le recourant n'a pas seulement démontré qu'il était en mesure d'assumer de lourdes tâches, ce qui va à l'encontre de toutes les appréciations médicales versées au dossier, mais surtout qu'il était capable de travailler à plein temps, ce qu'a également constaté le COPAI au terme du stage d'évaluation professionnelle. Par conséquent, il y a lieu de retenir, conformément à la décision litigieuse, que le recourant dispose d'une pleine capacité de travail exigible dans une activité légère depuis le mois d'août 2000, abstraction faite des huit mois consécutifs à l'opération des deux poignets.

- 17 -

S'agissant du calcul économique, non contesté par le recourant, la comparaison des revenus telle qu'effectuée par l'OAI n'apparaît pas critiquable dans son résultat, 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 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, le revenu sans invalidité du recourant doit être fixé à 69'418 fr. 60, sur la base du questionnaire pour l'employeur du 16 novembre 2001 (32 fr. x 41,75 x 4,33 x 12), en l'absence des circonstances particulières citées ci-dessus. 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

- 18 - 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_40/2009 du 13 mars 2009, consid. 1). Dans la mesure où l'intéressé a présenté une incapacité de travail durable depuis le mois de juillet 2000, il convient d'arrêter ici l'année de référence à 2001. 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 2000, 4'437 fr. par mois (et non pas 5'307 fr. comme indiqué dans la décision litigieuse), part au 13ème salaire comprise (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2000, 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 2000 (41,8 heures [et non pas 41,7] ; cf. La vie économique 6/2009, p. 86, tableau B 9.2.), ce montant doit être porté à 4'636 fr. 67, ce qui donne un salaire annuel de 55'639 fr. 99. Compte tenu de la capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée à compter du mois d'août 2000, le revenu d'invalide doit être indexé à l'évolution des salaires nominaux pour atteindre un montant annuel de 57'030 fr. 98 (55'639 fr. 99 + 2,5%).

- 19 - 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'invalidé, 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 5% opéré par l'intimé sur le revenu d'invalidé est approprié, dès lors qu'il prend en compte les limitations fonctionnelles de l'intéressé. Le revenu annuel avec invalidité s'élève par conséquent à 54'179 fr. 43. c) Comparé au revenu sans invalidité de la même période, il donne un taux d'invalidité de 21,95%, arrondi à 22% (ATF 130 V 121), qui se calcule comme suit : $(69'418 \text{ fr. } 60 - 54'179 \text{ fr. } 43) \times 100 / 69'418 \text{ fr. } 60$. Ce taux, inférieur à 40%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28 al. 1 LAI).

E. 6

En définitive, le recours se révèle mal fondé et 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, qui succombe (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]).

- 20 - 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.