

## **VD\_GERICHTE ZD08.019363 vom 2. März 2012**

VD Tribunal cantonal, 2012-03-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.019363](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.019363)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.019363 du 2 mars 2012

IT: VD\_GERICHTE ZD08.019363 del 2 marzo 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Interjeté le 25 juin 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). Il respecte les autres exigences légales de recevabilité (art. 61 let. b LPGA). Il y a lieu d'entrer en matière.

#### **E. 2**

LAI, 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. 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. 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 256 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. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 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.

- 15 - 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). c) Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur

confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). d) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine; 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références citées; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 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

- 16 - 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, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF, 9C\_547/2008 du 19 juin 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; 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 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 p. 71; TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.2). Sous réserve d'une gravité particulière, 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, 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

- 17 - comorbidité psychiatrique autonome des troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1; TFA I 513/05 du 7 septembre 2006).

### **E. 3**

Tout d'abord, le recourant se plaint implicitement d'une violation de l'art. 28 al. 3 LPGa. A son avis, l'intimé se serait fondé sur des moyens de preuve – notamment le rapport d'expertise du 1er novembre 2004 établi par les Drs M. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ - qui auraient été recueillis, alors qu'il n'avait pas donné son accord à la production dans la cause du dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie, singulièrement du rapport d'expertise précité. a) Selon l'art. 28 al. 3 LPGa, le requérant est tenu d'autoriser dans des cas particuliers toutes les personnes et institutions, notamment les employeurs, les médecins, les assurances et les organes officiels à fournir des renseignements, pour autant que ceux-ci soient nécessaires pour établir le droit aux prestations. Ces personnes et institutions sont tenues de donner les renseignements requis. L'autorisation doit toujours se référer à un cas particulier et les renseignements sollicités doivent être pertinents, autrement dit nécessaires pour établir le droit aux prestations. Un tiers ne saurait se voir contraint de fournir des renseignements généraux en dehors d'un cas concret (Rapport du 26 mars 1999 de la Commission du Conseil national de la sécurité sociale et de la santé relatif au projet de loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, FF 1999 4231). L'autorisation délivrée par l'assuré porte sur la fourniture de renseignements et inclut la production des documents propres à les justifier (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., 2009, n° 38 ad art. 28 LPGa). En revanche, l'octroi de l'autorisation ne permet en principe plus à l'assuré de se plaindre d'une violation du secret de fonction ou du secret professionnel pour faire écarter les pièces jointes au dossier (Kieser, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, 2008, p. 432 ss.). b) Le formulaire standard de demande de prestations de l'assurance-invalidité contient la formule suivante:

- 18 - "En signant ce formulaire, l'assuré(e) ou son/sa représentant(e) autorise toutes les personnes et tous les offices entrant en considération, en particulier les médecins, le personnel paramédical, les établissements hospitaliers, les caisses-maladie, les employeurs, les avocat(e)s, les fiduciaires, les assurances publiques et privées, les organismes publics ainsi que les institutions d'aide sociale privées, à donner aux organes de l'assurance-vieillesse, survivants et invalidité les renseignements nécessaires à l'examen du bien-fondé de la demande et de l'octroi de prestations, ainsi que ceux visant à l'exercice par l'assurance du droit de recours contre les tiers responsables contre lesquels l'assuré(e) peut faire valoir des prétentions en dommage-intérêts ensuite du préjudice subi". Telle que rédigée, cette autorisation s'avère conforme à l'art. 28 al. 3 LPGa. Même si le cercle des personnes concernées peut sembler à première vue général et abstrait, l'autorisation ne permet que la production de renseignements qui sont en rapport étroit avec la demande concrète de prestations et n'apparaît pas comme le prétexte à une recherche indéterminée d'informations. En signant le formulaire de demande, l'assuré autorise expressément les tiers concernés à ne donner aux organes de l'assurance-invalidité que les renseignements nécessaires – et seulement ceux-ci – à l'examen de la demande. Cette autorisation est non seulement conforme à la loi, mais également appropriée au regard des principes de célérité et d'économie de la procédure. Le requérant a en effet un intérêt légitime à voir sa demande de prestations être traitée le plus rapidement possible, sans que les mesures d'instruction ne se prolongent ou se multiplient à l'excès (voir également RCC 1977 p. 23 ad art. 65 RAI), l'assuré demeurant par ailleurs libre de contester en tout temps la valeur probante des pièces

recueillies ou de demander la mise en oeuvre de mesures d'instruction supplémentaires (TF 9C\_250/2009 du 29 septembre 2009 consid. 3). c) En tant qu'il renferme très souvent des indications relatives aux circonstances qui sont à l'origine de l'incapacité de travail, le dossier de l'assureur perte de gain en cas de maladie présente un intérêt non négligeable dans le cadre du traitement d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité. A cet égard, il ne fait aucun doute que cet assureur fait partie des tiers concernés par l'autorisation contenue

- 19 - dans le formulaire de demande de prestations. Ainsi, le dossier constitué par la J. \_\_\_\_\_ Assurances était utile à l'examen du bien-fondé de la demande de prestations; les pièces que celle-ci contenait apparaissaient nécessaires à cet examen, puisqu'elles renfermaient des évaluations médicales, en particulier psychiatriques, concernant la capacité de travail et de gain du recourant. Ce dernier ne prétend pas le contraire, puisqu'il ne s'en prend dans son recours qu'à l'absence de l'autorisation qu'il aurait octroyée dans le cadre de sa demande de prestations, sans porter de griefs sur la teneur des pièces produites.

#### **E. 4**

En l'espèce, sur le plan somatique, si les différents praticiens consultés s'accordent à reconnaître que le recourant présente une pathologie lombaire, ainsi qu'un syndrome douloureux, ces médecins n'ont pas le même avis s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assuré compte tenu des atteintes qu'il présente. a) Ainsi, le recourant se plaint de douleurs lombaires depuis de nombreuses années avec une exacerbation depuis le 13 mai 2004. L'expertise réalisée à la demande de l'assureur perte de gain à l'époque a conclu à la présence de lombalgies provoquées par le frottement des épineuses L4-L5 qu'il y avait lieu de traiter par infiltration, finalement pratiquée le 13 décembre 2004 par le Dr K. \_\_\_\_\_. La prise en charge du Dr K. \_\_\_\_\_ ayant été tout à fait correcte, l'expert M. \_\_\_\_\_ a estimé que les plaintes décrites par le patient, après ce geste, n'étaient pas compatibles avec le résultat espéré et que l'arrêt de travail n'était plus justifié au vu de l'examen du 7 octobre 2004, raison pour laquelle il a conclu à une reprise du travail à 100 % dès le 1er février 2005 (lettre du

#### **E. 9**

février 2005). Dans le rapport d'expertise bidisciplinaire du 27 avril 2011, les Drs C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du Centre D. \_\_\_\_\_ ont confirmé la présence de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire sous forme de discopathies étagées présents depuis 2004 et une limitation de la mobilité du rachis dont il était cependant difficile d'apprécier l'importance, vu les

- 20 - discordances constatées à d'autres moments de l'examen clinique de l'assuré. Ils ont estimé que ces troubles n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée, soit respectant certaines limitations fonctionnelles, avis corroboré par les Drs F. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 28 juin 2005) et V. \_\_\_\_\_ (avis médical du 8 mai 2008). Les limitations fonctionnelles finalement retenues par les experts C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ sont toutefois plus importantes que celles décrites par les Drs F. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_. L'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ (rapport médical des 8 et 9 mai 2007) excluant la reprise de l'activité habituelle et concluant à une capacité de travail avoisinant les 20 à 30 % dans une activité légère, n'emporte pas la conviction et ce, pour plusieurs motifs. Tout d'abord, le Dr K. \_\_\_\_\_ a fait état d'une claudication neurogène à la marche qui serait limitée à 200 mètres, alors qu'il n'y a pas eu, comme le soulignent les experts, d'intervention

thérapeutique depuis 2007. Au demeurant, l'assuré a indiqué à l'expert C. \_\_\_\_\_ qu'il se rendait fréquemment en ville pour rencontrer des amis, qu'il faisait les courses à la [...], puis rentrait à pied. Par ailleurs, l'expert P. \_\_\_\_\_ a écarté, au vu du scanner du 30 août 2007, les diagnostics d'arthrose et sténose du canal rachidien avancés par le Dr K. \_\_\_\_\_, l'examen radiologique révélant uniquement des protusions discales foraminales déjà décrites sur le CT-scan de 2004, apparemment sans grande évolution. Enfin, le Dr K. \_\_\_\_\_ – qui est rhumatologue – s'est essentiellement référé à l'attitude du recourant durant l'examen clinique, ce dernier apparaissant comme extrêmement abattu, déprimé et triste. Dans ce contexte, le Dr K. \_\_\_\_\_ a signalé qu'il était totalement illusoire de pouvoir réorienter cet homme âgé de maintenant 59 ans, sans formation spécifique et s'exprimant très mal en français. Il a finalement conclu à une incapacité de travail totale depuis 2004 en raison de lombosciatalgies chroniques et d'un état dépressif important, sans fournir d'explications plus convaincantes permettant de motiver son avis quant à la capacité de travail et d'éventuelles limitations fonctionnelles.

- 21 - b) Sur la base de l'examen rhumatologique pratiqué, les experts ont considéré que si l'atteinte organique pouvait être à l'origine de lombalgies, éventuellement d'irradiations douloureuses, elle ne pouvait cependant expliquer que très partiellement l'importante symptomatologie douloureuse et la gêne fonctionnelle rapportée par le recourant. Compte tenu de l'extension progressive du territoire douloureux, de la mauvaise réponse aux différentes thérapies et des troubles objectifs modérés, ils ont retenu un syndrome douloureux somatoforme, diagnostic également évoqué par la Dresse F. \_\_\_\_\_ en 2005. Il convient toutefois de rappeler qu'un tel diagnostic ne peut se voir reconnaître exceptionnellement un caractère invalidant qu'aux conditions posées par la jurisprudence (cf. consid. 2d supra), ce qui sera examiné ci-après. c) Enfin, les experts C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont clairement écarté toute diminution de la capacité de travail en raison d'autres pathologies somatiques à savoir le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'obésité, en l'absence de décompensation importante ou d'atteintes d'autres organes (par exemple polyneuropathie ou rétinopathie). Au niveau du genou, l'examen radiologique pratiqué le 26 juin 2008 a mis en évidence une ostéophytose de la rotule, mais les espaces fémoro-tibiaux étaient conservés et il n'y avait pas de signe dégénératif significatif. L'examen clinique pratiqué par l'expert P. \_\_\_\_\_ n'a pas révélé de signe en faveur d'une pathologie méniscale ou de signe pour une instabilité. d) Il convient dès lors de retenir que la situation concernant la pathologie lombaire a évolué, en ce sens qu'une baisse de rendement de 30 % au maximum dans l'activité de maraîcher doit être retenue, selon les activités physiques demandées. Par contre, dans une activité adaptée, soit respectant les limitations fonctionnelles décrites par les experts, la capacité de travail est entière. 5. a) Sur le plan psychiatrique, le rapport d'expertise du 1er novembre 2004 des Drs M. \_\_\_\_\_ et R. \_\_\_\_\_ ne retenait aucune

- 22 - affection psychiatrique en l'absence d'altération de la personnalité, de trouble du caractère apparent et de signe de décompensation psychiatrique (p. 12). Depuis lors, il n'y a pas eu d'aggravation de l'état de santé psychique du recourant d'un point de vue psychique, l'expert C. \_\_\_\_\_ ayant conclu à l'absence de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles paniques ou phobiques, ainsi que d'un trouble de la personnalité morbide (rapport d'expertise du 27 avril 2011, p. 16). L'expert a mentionné que le recourant s'était installé dans un rôle d'invalidé en mettant en avant la description subjective de symptômes psychiques qui restaient cependant incohérents voire contradictoires. Certes,

dans ses rapports médicaux successifs des 15 décembre 2007, 24 juin et 5 juillet 2011, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a indiqué suivre régulièrement l'assuré pour une prise en charge psychiatrique depuis le 8 novembre 2005 en raison d'un syndrome psycho-organique comprenant des crises d'anxiété et un état fortement dépressif. Ce diagnostic, similaire à l'"état anxio-dépressif avec grande nervosité existant depuis juin 2004" annoncé par le Dr Z. \_\_\_\_\_, a été écarté par l'expert C. \_\_\_\_\_ au vu de l'anamnèse et du dossier. Il a cependant admis que le recourant souffrait d'une humeur fluctuante avec des périodes d'abaissement de l'humeur en réaction à l'aggravation de ses douleurs. Dans ce cadre, il était possible que l'état du recourant réponde transitoirement aux critères diagnostics d'un épisode dépressif, que l'on pouvait assimiler à des symptômes dépressifs, accompagnant un syndrome douloureux somatoforme persistant. Toutefois, ces symptômes ne pouvaient être qualifiés de comorbidité psychiatrique autonome (rapport d'expertise du 27 avril 2011, p. 17). b) Dans le contexte d'un syndrome somatoforme persistant, en l'absence d'une comorbidité psychiatrique invalidante chez le recourant, les experts C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ ont procédé à l'examen des critères consacrés par la jurisprudence, dont l'existence permettrait d'admettre le caractère non exigible de la reprise du travail. Il a ainsi été constaté que l'intégration sociale était conservée, car le recourant entretenait des relations proches et stables autant au plan familial qu'amical. Il ne présentait pas non plus de perte de l'intérêt et du plaisir (intérêt pour des

- 23 - matchs de football, rencontre avec des compatriotes, projet d'un voyage en Serbie). En outre, on ne pouvait conclure, au vu de consultations psychiatriques à raison d'une fois tous les deux à trois mois et d'un traitement psychotrope se limitant à 5 mg de Valium, à l'échec d'un traitement selon les règles de l'art. c) Au vu des éléments précités, c'est à juste titre que les experts ont considéré que le trouble somatoforme ne se manifestait pas avec une sévérité telle que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur complète de la capacité de travail de l'assuré ne pouvait plus être raisonnablement exigée de lui. 6. a) Il appert dès lors qu'une pleine valeur probante doit être accordée au rapport des Drs C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_. Le rapport précité se fonde en effet sur une anamnèse complète, des examens somatique et psychiatrique convaincants, la prise en compte des éléments radiologiques et des plaintes de l'assuré, une appréciation claire et des conclusions dûment étayées. Ils ont notamment démontré de façon convaincante qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, selon la terminologie de la CIM-10, était le mieux à même de décrire la psychopathologie du recourant, même si, en définitive, ce diagnostic ne permettait pas de conclure à une incapacité de travail. Il en allait de même des raisons pour lesquelles les experts C. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ n'ont finalement pas retenu un syndrome psycho-organique qui aurait valeur incapacitante en soi. b) Les différents rapports des Drs Z. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_ ne font dès lors pas état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise du Centre D. \_\_\_\_\_ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts, ni sur le chapitre d'un état anxio-dépressif, ni sur celui d'un syndrome psycho-organique. En outre, il convient de rappeler, comme l'a fait l'intimé dans ses observations sur recours du 24 septembre 2008, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique

- 24 - et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4, p. 175; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr.15, p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'assureur social ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va

différemment que si ces médecins traitants 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, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dans ce contexte, on ne voit pas ce qu'une nouvelle expertise ou l'audition des médecins traitants pourraient apporter de plus, si ce n'est une appréciation médicale supplémentaire, ce d'autant plus que ces derniers se sont prononcés postérieurement au rapport d'expertise du 27 avril 2011 du Centre D.\_\_\_\_\_. c) Enfin, le rapport d'expertise des Drs C.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ a été établi avant la publication de l'arrêt du Tribunal fédéral (TF 9C\_243/2010 du 28 juin 2011). On rappellera que dans l'arrêt précité, le TF n'a pas nié l'indépendance des experts des COMAI, mais a considéré qu'il y avait lieu de renforcer les droits de participation et la protection judiciaire de la personne assurée. Ainsi notamment, en cas de désaccord ayant trait aux modalités de l'expertise ordonnée par un office AI, cette dernière devra être mise en œuvre par le biais d'une décision incidente sujette à recours. Dans la présente affaire, on ne voit pas en quoi cette nouvelle jurisprudence influencerait la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire ordonnée dans le cadre de l'instruction judiciaire. 7. Enfin, le calcul du préjudice économique n'est pas contesté par le recourant. Vérifié d'office, il ne porte pas flanc à la critique et peut être confirmé. Ainsi, le degré d'invalidité est-il inférieur au seuil de 40 % fixé par l'art. 28 LAI

- 25 - Les griefs du recourant sont donc en tous points mal fondés. Le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 8. Vu le sort de la cause, le recourant supportera les frais de la procédure. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario), le recourant succombant dans ses conclusions.

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