

VD_GERICHTE ZD08.036268 vom 6. Januar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.036268

FR: VD_GERICHTE ZD08.036268 du 6 janvier 2011

IT: VD_GERICHTE ZD08.036268 del 6 gennaio 2011

Erwägungen

E. 4

La LAI a subi deux révisions depuis 2002, alors que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entraîné la modification de

- 18 - nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de AI, si bien qu'il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au cas d'espèce. Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2), en l'occurrence le 30 octobre 2008. Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 au regard de la LAI dans sa teneur avant le 1er janvier 2004, puis pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI engendrées par la 4e révision de cette loi, et pour le surplus au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette législation entrée en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

E. 5

a) 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 4 al. 1 LAI). 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

- 19 - 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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 LAI) et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20% au moins (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). b) Pour pouvoir calculer le degré

d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V

- 20 - 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Bien que les rapports d'examen réalisés par le SMR en vertu de l'art. 49 al. 2 RAI (règlement 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201) ne soient pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGa et ne soient pas soumis aux mêmes exigences formelles (ATF 135 V 254 consid. 3.4), ils peuvent néanmoins revêtir la même valeur probatoire que des expertises, dans la mesure où ils satisfont aux exigences, définies par la jurisprudence, qui sont posées à une expertise médicale (TF 9C_204/2009 du 6 juillet 2009 consid. 3.3.2 et les références, passage non publié in ATF 135 V 254). Cela étant, il convient d'ordonner une expertise si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (TF 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.1 et les références). c) 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; RCC 1991 p. 329 consid. 3c; TF 9C_382/2007 du 13 novembre 2007). En outre, les facteurs

- 21 - psychosociaux et socioculturels ne sont pas invalidants en eux-mêmes et ne doivent être pris en compte que lorsqu'ils exacerbent les effets d'une pathologie avérée (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine; VSI 2000 p. 155 consid. 3; TFA I 129/02 du 29 janvier 2003 consid. 3.2).

E. 6

Par décision du 30 octobre 2008, l'OAI – se fondant sur les expertises réalisées par les Drs T._____, psychiatre, et N._____, rhumatologue – a retenu que le recourant disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée. Le recourant conteste l'appréciation de l'intimé, alléguant en substance qu'au vu de ses problèmes cardiaques et psychiques, ainsi que de ses limitations fonctionnelles, il se trouve dans l'incapacité totale de reprendre une quelconque activité professionnelle, si bien qu'il doit être mis au bénéfice d'une rente d'invalidité. a) Il convient, dans un premier temps, de se pencher sur les troubles somatiques du recourant. aa) Sur le plan cardiovasculaire, il est constant que l'assuré souffre d'une cardiopathie ischémique sur maladie coronarienne tritronculaire. Plus particulièrement, il a été victime de deux infarctus inféro-postérieurs en juin 2000 et octobre 2007, avec pose de stents en juin 2000, janvier 2001 et octobre 2007. Si l'on se réfère au rapport établi le 28 mai 2004 par la Dresse V._____, à la suite d'examens pratiqués les 11 et 17 mai 2004, il apparaît que le recourant ne présente pas d'incapacité de travail résultant de ses troubles cardiovasculaires, singulièrement de sa cardiopathie ischémique (cf. rapport du 28 mai 2004 p. 2 ch. 7). Cet avis médical clair, émanant d'une spécialiste en cardiologie, emporte la conviction de la Cour de céans. A cela s'ajoute que les médecins généralistes D._____, A._____ et F._____ n'ont mentionné, dans leurs rapports respectifs, aucun élément concret permettant de douter des conclusions de la cardiologue V._____. Ainsi, dans ses écrits des 21 janvier 2002 et 1er juillet 2003, la Dresse D._____ n'a évoqué aucun point décisif dont la

- 22 - spécialiste précitée n'aurait pas tenu compte. Il en va de même du rapport de la Dresse A._____ du 24 septembre 2006, indiquant qu'aucune activité ne pouvait être exigée de l'assuré compte tenu de l'âge et des graves antécédents cardiovasculaires de ce dernier; tout au plus sied-il de rappeler ici que le critère de l'âge retenu par cette praticienne ne constitue pas, en général, un facteur invalidant (cf. consid. 5c supra). Quant au Dr F._____, il s'est limité, dans son rapport du 25 septembre 2006, à renvoyer à des pièces médicales antérieures, dont seuls deux extraits – l'un d'avril 2002 et l'autre de janvier 2003 – concernaient les atteintes cardiologiques de l'assuré, sans toutefois contenir d'éléments pertinents que la Dresse V._____ aurait méconnus. L'assuré a rencontré de nouveaux troubles cardiaques en octobre 2007, à la suite desquels il a suivi un programme de réadaptation cardiovasculaire auprès de la Clinique P._____, du 17 octobre au 13 novembre 2007. Ce séjour s'est soldé par un bilan somme toute positif, à en croire la lettre de sortie rédigée par cette clinique le 19 novembre 2007, faisant état d'une bonne amélioration de la capacité fonctionnelle de l'intéressé en fin de séjour, de l'absence de signes d'insuffisance cardiaque ou d'arythmie, et de la disparition de douleurs rétrosternales annoncées en début de séjour. Si la Clinique P._____ a retenu, dans son compte-rendu du 25 mai 2008, que l'activité habituelle de l'assuré n'était pas exigible au moment de la sortie de clinique de ce dernier, elle ne s'est toutefois pas prononcée sur l'avenir, et n'a pas motivé son appréciation, se bornant à énoncer des restrictions physiques relatives au port de charges; ce faisant, la clinique a doublement limité la portée de son appréciation, qui ne paraît dès lors pas décisive au degré de la vraisemblance prépondérante. En revanche, par avis médical SMR du 2 octobre 2008, dont il n'existe aucune raison de s'écarter en l'état du dossier, le Dr E._____ a considéré, au vu des écrits produits par la Clinique P._____, que la capacité fonctionnelle de l'assuré permettait une activité physique moyenne, que l'infarctus du 9 octobre 2007 devait être considéré comme guéri sans avoir entraîné de séquelles ou de limitations fonctionnelles supplémentaires, et que la capacité de travail

exigible demeurait de 100% dans une activité adaptée. Il suit de là, quoi

- 23 - qu'en dise le recourant (cf. mémoire de recours du 4 décembre 2008 p. 4), qu'au moment où l'OAI a rendu la décision entreprise, les conclusions de la Dresse V. _____ – selon lesquelles les troubles cardiovasculaires de l'assuré n'étaient pas source d'incapacité de travail – demeuraient pertinentes, faute de détérioration durable de l'état de santé sur le plan cardiologique après l'infarctus d'octobre 2007. Il faut toutefois réserver la période ultérieure, concernée par les examens pratiqués après la décision entreprise, et par l'infarctus subi en décembre 2008 (cf. consid. 3b supra). bb) Sur le plan pulmonaire, le recourant présente un status post possible primo infection tuberculeuse traitée en 2006 (cf. rapport du Dr G. _____ du 30 novembre 2006 p. 2), affection reconnue comme n'ayant pas d'influence sur la capacité de travail (cf. rapport du Dr L. _____ du 17 avril 2007 p. 3, rapport du Dr G. _____ du 30 novembre 2006 p. 1, rapport de la Dresse A. _____ du 24 septembre 2006 p. 1). Au demeurant, ce constat s'avère compatible avec les nombreux documents auxquels le Dr F. _____ a renvoyé dans son rapport du 25 septembre 2006. En revanche, les Drs G. _____ et L. _____ ont tous deux évoqué des troubles respiratoires incapacitants, le premier sous la forme d'antécédents d'ARDS, et le second sous la forme d'une dyspnée à l'effort d'origine non broncho-pulmonaire. Une telle pathologie n'a toutefois pas été répertoriée par les médecins de la Clinique P. _____ (cf. lettre de sortie du 19 novembre 2007), en dépit des nombreux tests et examens qui y ont été réalisés durant près d'un mois sur la personne de l'assuré. Du reste, dans son rapport du 28 mai 2004 (p. 2 ch. 3 «Anamnèse»), la Dresse V. _____ a signalé l'existence d'une dyspnée à l'effort, sans pour autant considérer qu'il s'agissait d'un diagnostic incapacitant. Pour le surplus, si la Dresse D. _____ a, dans son rapport du 21 janvier 2002, fait état d'un ARDS survenu dans le cadre de l'infarctus de juin 2000, elle n'y a toutefois plus fait référence dans son rapport du 1er juillet 2003. Dans ces conditions, il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles respiratoires de l'assuré aient des répercussions significatives sur sa capacité de travail.

- 24 - cc) Dans son rapport du 1er juillet 2003, la Dresse D. _____ a mentionné un lumbago récidivant, en tant qu'atteinte se répercutant sur la capacité de travail. De son côté, la Dresse A. _____ a considéré, par constat du 24 septembre 2006, que l'intéressé présentait des lombalgies chroniques non déficitaires, dépourvues d'impact sur la capacité de travail. L'intéressé a ensuite fait l'objet d'une expertise rhumatologique réalisée par le Dr N. _____ en date du 15 janvier 2007. Dans son rapport du 19 janvier suivant, ce dernier a retenu que l'intéressé souffrait d'un syndrome lombo-vertébral chronique sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, sous forme de discopathies L4-L5 et L5-S1. Selon l'expert, l'assuré présentait, dans son activité habituelle de mécanicien sur voitures, une capacité de travail de 80%, étant relevé qu'«[u]ne fois une prise en charge correctement conduite et suivie, cette capacité pourrait être augmentée, et ce d'ici 2 mois de 10% pas mois» (p. 11 et 12 ch. 2.2). Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré (éviter le port de charges de plus de 10kg, les longs déplacements de plus d'une heure d'affilée, et les mouvements en antéversion répétitifs), celui-ci disposait d'une capacité de travail de 100%. Aucun élément probant du dossier ne vient contredire cette expertise. Il convient dès lors de lui reconnaître pleine valeur probante, dès lors qu'elle remplit l'ensemble des critères jurisprudentiels exigés à cet égard (cf. consid. 5b supra). b) La Dresse V. _____ ayant évoqué, dans son rapport du 28 mai 2004, que l'incapacité de travail du recourant était liée à un état anxio-dépressif grave et à l'inadaptation sociale de

l'intéressé, l'OAI a mandaté le DUPA en vue d'une expertise psychiatrique. C'est ainsi que les Drs Q._____ et B._____, du DUPA, ont fait part de leurs observations dans un rapport du 17 novembre 2005. Ils ont retenu que l'assuré présentait des troubles anxieux et dépressifs mixtes, chez une personnalité à traits paranoïaques, avec une tendance à l'hypocondrie. Ils ont en particulier insisté sur la dérive socioprofessionnelle consécutive au divorce du recourant. Ils ont relevé que l'infarctus de juin 2000 était venu

- 25 - décompenser la structure de la personnalité pathologique de l'assuré, déjà bien ébranlée par son divorce. Pour ces motifs, les experts ont considéré que l'assuré n'était plus en mesure d'exercer une quelconque activité lucrative. Considérant, sur la base de l'avis SMR de la Dresse H._____ du 13 janvier 2006, que les diagnostics retenus par les spécialistes du DUPA n'étaient pas invalidants, l'OAI a fait procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, effectuée par la Dresse T._____, du SMR, en date du 18 avril 2006. Dans son rapport du 6 juillet 2006, cette dernière a retenu que l'assuré ne présentait aucune atteinte psychiatrique invalidante, et qu'il conservait, sur le plan psychique, une capacité de travail de 100% dans toute activité. Elle a relevé que l'intéressé disposait d'une bonne constitution psychique, n'avait jamais été hospitalisé ni n'avait eu de suivi spécialisé, et ne prenait aucun médicament psychotrope. L'assuré aurait d'ailleurs confirmé n'avoir jamais arrêté de travailler pour des raisons d'ordre psychiatrique, l'absence d'une activité lucrative stable depuis 1994 devant être mise sur le compte de difficultés psychosociales (contexte de divorce). Plus particulièrement, la Dresse T._____ a souligné qu'elle n'avait détecté aucun signe de dépression, et que les traits paranoïaques et les préoccupations hypocondriaques décelés chez l'assuré par les experts du DUPA constituaient des caractéristiques propres à ce dernier, et non des atteintes à sa santé psychique. Divers éléments plaident à l'encontre de l'appréciation des médecins du DUPA. Force est de constater, tout d'abord, que les Drs Q._____ et B._____ se sont essentiellement fondés sur des facteurs psychosociaux (divorce, parcours professionnel, âge du recourant) qui ne sont pas, en tant que tels, du ressort de l'AI (cf. consid. 5c supra) – quand bien même il n'est pas ici question de nier l'âge du recourant, son retrait social consécutif à son divorce, et son déconditionnement, lui qui est inactif depuis de nombreuses années. A cela s'ajoute que l'assuré n'a jamais consulté de psychiatre. En outre, les médecins interpellés suite aux deux expertises précitées n'ont constaté aucun trouble d'ordre

- 26 - psychiatrique (cf. rapports des Drs A._____, du 24 septembre 2006, F._____, du 25 septembre 2006, G._____, du 30 novembre 2006, et L._____, du 17 avril 2007), à l'instar de l'expert rhumatologue N._____ (cf. rapport du 19 janvier 2007) et de la Clinique P._____ (cf. lettre de sortie du 19 novembre 2007 et rapport du 25 mai 2008). On ne peut, au vu de ces divers indices, accorder pleine valeur probante aux constatations des médecins du DUPA. A contrario, l'expertise réalisée par la Dresse T._____ apparaît, quant à elle, digne de foi. Son rapport a été rédigé sur la base d'investigations complètes et approfondies, en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque. En outre, cette spécialiste a motivé ses conclusions de manière claire et convaincante, si bien que son expertise doit se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 5b supra). Il s'impose dès lors de retenir que, du point de vue psychiatrique, l'assuré ne présente aucune atteinte invalidante, contrairement à ce qu'ont retenu les experts du DUPA et la cardiologue V._____. c) En résumé, il apparaît que lors du prononcé de la décision entreprise (cf. consid. 3b supra), le recourant ne présentait des atteintes incapacitantes que sur le plan rhumatologique, sous la forme d'un syndrome

lombo-vertébral chronique sans signe irritatif ou déficitaire sur discopathie L4-L5 et L5-S1, affection en vertu de laquelle il disposait d'une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle, et de 100% dans une activité adaptée.

E. 7

Cela étant, il reste à déterminer le taux d'invalidité du recourant. a) A cet égard, l'OAI a fondé son appréciation sur la pleine capacité de travail reconnue au recourant dans une activité adaptée. L'intimé a ainsi retenu un degré d'invalidité de 15%.

- 27 - Or, au moment de la décision attaquée, l'assuré conservait une capacité résiduelle de travail de 80% dans son activité habituelle de mécanicien sur voitures, domaine dans lequel il était au bénéfice d'une formation et de plusieurs années d'expérience. De surcroît, ce taux était susceptible d'amélioration, pour autant qu'un suivi médical approprié fût mis en œuvre (cf. rapport du Dr N. _____ du 19 janvier 2007 p. 11 s.). La profession apprise par l'assuré demeurant adaptée à ses limitations fonctionnelles, ce dernier aurait dès lors dû être considéré comme capable de reprendre une activité identique à celle qu'il exerçait auparavant. En d'autres termes, l'intimé aurait dû privilégier la capacité de travail dans l'activité habituelle du recourant, et non exiger de celui-ci une reconversion professionnelle dans une activité adaptée. Il s'ensuit que, dans le cas particulier, la jurisprudence du Tribunal fédéral sur l'exigibilité de la reconversion professionnelle des assurés proches de l'âge de la retraite (cf. arrêts TF 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 6.2, TF 9C_835/2009 du 27 mai 2010 consid. 4.2, TF 9C_651/2008 du 9 octobre 2009 consid. 6.2.2.2) n'est en soi pas déterminante. Il est vrai que le recourant est sans activité lucrative depuis de nombreuses années, puisqu'il a cessé de travailler régulièrement en 1994, époque de la faillite de son garage; tout au plus aurait-il effectué – selon ses dires – quelques missions temporaires jusqu'en 1997. Une telle constellation n'est peut-être pas sans influence sur son état de santé. Il n'en demeure pas moins qu'il aurait pu et dû tenter de retrouver un poste dans sa profession, ses atteintes n'étant pas – ainsi qu'on l'a vu (cf. consid. 6 supra) – de nature à entraver une reprise d'emploi dans le domaine de la mécanique sur voitures. En tout état de cause, l'assuré ne saurait tirer argument de l'écoulement du temps durant lequel il n'a pas tenté de réduire son dommage, pour prétendre ensuite à une rente d'invalidité. Au vu de ce qui précède, il faut donc retenir que le degré d'invalidité de l'assuré se confond avec celui de son incapacité de travail dans l'activité habituelle, à savoir 20% (cf. TF 9C_137/2010 du 19 avril 2010; cf. TFA I 337/04 du 22 février 2006 consid. 6 et I 605/01 du 8 juillet

- 28 - 2002 consid. 3), taux qui apparaît insuffisant pour ouvrir le droit à une rente AI. b) Ainsi qu'il a été précédemment relevé, le recourant ne conclut pas à l'octroi de mesures professionnelles (cf. consid. 2b supra). Or, son taux d'invalidité de 20% aurait théoriquement pu lui ouvrir le droit à des telles mesures. Toutefois, ces dernières ne sont pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (TF I 95/07 du 15 février 2008 consid. 4.3 ; TF I 938/06 du 29 octobre 2007 consid. 4.1 ; TF I 170/06 du 16 février 2007 consid. 3.2); en effet, le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'AI tant objectivement en ce qui concerne la mesure, que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (TF 9C_386/2009 du 1er février 2010 consid. 2.4 ; 9C_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 5.4 ; TFA I 268/03 du 4 mai 2004 consid. 2.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2 et les références). En l'occurrence, il ressort clairement de l'acte de recours du 4 décembre 2008 (p. 3) que le recourant s'estime absolument incapable de réintégrer le circuit économique.

On peut en déduire que des mesures d'ordre professionnel auraient vraisemblablement été vouées à l'échec, si bien qu'elles n'auraient pas eu lieu d'être.

E. 8

a) Selon la jurisprudence, si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérant et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves. Cette appréciation anticipée des preuves ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335, consid. 3c, 124 V 90, consid. 4b; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008, consid. 3). b) En l'espèce, il ne se justifie pas d'ordonner l'expertise pluridisciplinaire requise par l'assuré, le dossier médical étant suffisamment étayé pour permettre à la Cour de céans de se prononcer en

- 29 - toute connaissance de cause. Du reste, une telle expertise serait d'autant moins utile qu'elle porterait exclusivement sur le passé.

E. 9

a) Au vu de ce qui précède, le recours se révèle mal fondé et doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée, par substitution de motifs. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; 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 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 250 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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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