

## **VD\_GERICHTE ZD09.030729 vom 4. Januar 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-01-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.030729](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.030729)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.030729 du 4 janvier 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.030729 del 4 gennaio 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 16**

LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité; un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi- rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

- 14 - Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, 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; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.2). 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 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 2c; 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TFA I 274/05 du

#### **E. 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.

- 15 - 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. 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 Haute Cour, 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 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a). d) Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Le Tribunal fédéral des assurances a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux. Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans

- 16 - les cas de fibromyalgie. A cet égard, 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 (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1). 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, 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; TF 9C\_38/2007 du 8 avril 2008 consid.

3.2). e) Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 413 consid.

- 17 - 2d et les arrêts cités; TF 9C\_228/2007 du 24 septembre 2007 consid. 2; TFA I 554/06 du 21 août 2006 consid. 3). Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, dont le droit à la rente, peut donner lieu à une révision de celle-ci au sens de l'art. 17 LPGA. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5b; 125 V 368 consid. 2; 112 V 372 consid. 2b; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009 consid. 2.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b; 112 V 390 consid. 1b; TFA I 755/04 du

## **E. 25**

septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (TFA I 755/04 du 25 septembre 2006 consid. 5.1; TFA I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1, les deux avec références citées).

- 18 - 3. Dans la décision attaquée, l'intimé a reconnu le droit du recourant à une rente entière limitée dans le temps du 1er juin 2005 au 30 avril 2006, en raison d'un degré d'invalidité de 100%. Pour sa part, le recourant conclut en substance au maintien de son droit à la rente, pour la période subséquente au 30 avril 2006, subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction. a) S'agissant tout d'abord de la période durant laquelle la rente a été allouée, soit du 1er juin 2005 au 30 avril 2006, on relèvera que le recourant a présenté une incapacité de travail totale depuis son accident à la main droite survenu le 14 juin 2004, attestée notamment par le Dr L. \_\_\_\_\_ (rapport du 12 mai 2005) et par le Dr X. \_\_\_\_\_ (rapport d'examen médical final du 11 janvier 2006), de sorte que c'est à bon droit que, compte tenu du délai de carence d'une année (art. 28 LAI), le droit à une rente entière d'invalidité lui a été reconnu à compter du 1er juin 2005. Il reste donc à examiner la question de la suppression de cette rente pour la période postérieure au 30 avril 2006. b) Sur le plan somatique tout d'abord, le recourant a été soumis à un examen effectué le 11 janvier 2006 par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin d'agence de la CNA, lors duquel ce médecin s'est référé aux pièces médicales versées au dossier, aux déclarations de l'assuré, à un examen clinique à la main droite de même qu'à l'épaule gauche, avant de retenir que l'assuré pouvait exercer à plein temps et sans aucune restriction une activité légère à hauteur

de table ou d'établi, ne sollicitant pas trop le membre supérieur gauche. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a notamment indiqué que l'épaule gauche était de plus en plus douloureuse, que les douleurs irradiaient vers la nuque et vers le bras et que l'assuré évoquait un gonflement et des douleurs des deux derniers doigts de la main droite, notamment de l'auriculaire.

Objectivement, il a en particulier constaté que l'épaule gauche était souple mais paraissait très douloureuse à la mobilisation dès qu'on dépassait l'horizontale, que les signes de conflit étaient nettement positifs avec un arc douloureux caractéristique, que la mise sous tension du sus-épineux était douloureuse et que la force de serrage de la main droite avait un peu progressé tandis que celle de la

- 19 - main gauche était moins bonne qu'avant. Dès lors, force est de constater que ce médecin a dûment pris en compte les douleurs ressenties par l'assuré, notamment à l'épaule gauche et à la main droite. Pour sa part, le 30 novembre 2005, le Dr L. \_\_\_\_\_ a relevé que les plaintes actuelles concernaient essentiellement l'épaule gauche et que les amplitudes fonctionnelles correspondaient à une abduction et une antéimpulsion actives complètes et symétriques avec des arcs douloureux à gauche au-dessus de la ligne des épaules, une douleur identique étant également signalée à droite mais uniquement dans les dix derniers degrés. Il a également signalé que les signes de conflit étaient toujours présents à gauche bien que peu marqués, très discrets à droite, le patient présentant effectivement des signes de conflit sous-acromial de l'épaule gauche sur une petite déchirure partielle du sus-épineux documentée par une IRM du 7 juin 2004, ajoutant qu'à droite, il persistait encore des séquelles d'une contusion directe de cette épaule avec souffrance acromio-claviculaire et plus modérée du sus-épineux. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a ensuite réfuté l'indication d'une opération chirurgicale, relevant l'opportunité d'un recyclage professionnel et évoquant la possibilité d'une activité adaptée, en fonction des douleurs. Ce médecin n'a donc pas exclu que l'assuré pût présenter une capacité de travail exigible dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Dans un rapport d'examen SMR du 12 juin 2006, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu l'atteinte principale à la santé de status après fracture intra-articulaire de l'auriculaire droit et de syndrome de la coiffe des rotateurs bilatéral, prédominant à gauche, une incapacité de travail durable depuis le 14 juin 2004 ainsi qu'une capacité de travail exigible nulle dans l'activité habituelle et entière dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles ont été décrites comme suit: port de charges de plus de 8kg; mouvements des épaules au-dessus de l'horizontale; épargne relative du membre supérieur gauche; mouvements en force de la main droite. Le 25 avril 2008, la Dresse W. \_\_\_\_\_ a mentionné que l'assuré se plaignait de douleurs de sa main droite et qu'il n'y avait aucune indication pour une amputation ni aucune proposition chirurgicale pour le moment.

- 20 - Le 3 juin 2008, le Dr I. \_\_\_\_\_ a notamment posé les diagnostics de conflit sous acromial sur lésion stade III sus-épineux (épaule gauche) et arthroplastie acromio-claviculaire (chute sur un chantier), de lésion auriculaire droit et de trouble anxio-dépressif, suspectant une chronicisation de la situation, retenant un mauvais pronostic et suggérant une évaluation de la capacité de travail résiduelle. Enfin, le Dr A. \_\_\_\_\_, en date du 15 septembre 2008, a posé le diagnostic de cervico-brachialgies bilatérales plus marquées à gauche, puis retenu des plaintes de cervico-brachialgies bilatérales à prédominance gauche d'évolution chronique, relevant notamment qu'une discrète tendinopathie de la coiffe des rotateurs ne pouvait être formellement exclue et qu'il existait des signes évoquant une polyinsertionite. A la lecture de ces pièces médicales, on retiendra que les principales atteintes à la santé de l'assuré du point de vue somatique, soit aux

épaules (notamment à gauche) et à la main droite entravent certes sa capacité de travail dans son ancienne activité de maçon mais qu'elles ne l'empêchent pas d'exercer à plein temps une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles, lesquelles ont précisément été décrites par le Dr X. \_\_\_\_\_ et par le médecin du SMR, le Dr N. \_\_\_\_\_. On relèvera qu'aucun des médecins consultés n'a nié que l'assuré présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, le Dr I. \_\_\_\_\_, dans des explications sommaires et quelque peu confuses, a simplement suggéré une évaluation de la capacité de travail résiduelle, sans faire part de son appréciation à ce sujet (rapport du 3 juin 2008), le Dr L. \_\_\_\_\_ n'a pas exclu la possibilité pour l'assuré d'exercer une activité adaptée en fonction des douleurs (rapport du 30 novembre 2005) tandis que les Drs W. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ ne se sont pas référés à la capacité de travail résiduelle. Les avis des médecins traitants de l'assuré doivent en outre être appréciés avec les réserves d'usage par rapport, notamment, à l'appréciation circonstanciée et détaillée du Dr X. \_\_\_\_\_, qui relate de façon complète l'état de santé de l'assuré, en particulier compte tenu des douleurs ressenties à l'épaule gauche et à la main droite. Si l'avis de ce médecin de la CNA date de 2006, il ne s'agit pas d'une circonstance propre à remettre en cause sa valeur probante; il s'agit en

- 21 - effet d'un rapport d'examen final, établi alors que l'état de santé du recourant était considéré comme stabilisé. En outre, il n'y a pas d'élément objectif nouveau justifiant une aggravation de l'état de santé de l'assuré et, alors qu'il l'avait pourtant annoncé, le recourant n'a pas déposé de pièce médicale qui ferait état d'une détérioration de son état de santé physique. Au demeurant, le rapport du Dr X. \_\_\_\_\_ comporte une anamnèse complète – notamment en relatant le déroulement des accidents dont a été victime l'assuré ainsi que les différents traitements entrepris –, se base sur l'ensemble des pièces médicales au dossier ainsi que sur des examens précis et détaillés de l'épaule gauche et de la main droite de l'examiné, en tenant compte des plaintes subjectives, puis se fonde ensuite sur une appréciation médicale claire ainsi que des conclusions convaincantes et dûment étayées, de sorte qu'il répond aux critères permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. On retiendra donc avec le Dr X. \_\_\_\_\_, dont l'avis sur ce point est rejoint par le Dr N. \_\_\_\_\_ du SMR et que rien au dossier ne permet d'infirmar, que l'assuré présente du point de vue somatique, depuis le 11 janvier 2006, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. c) Du point de vue psychique, le 3 juin 2008, le Dr I. \_\_\_\_\_ a mis en évidence un trouble anxio-dépressif réactionnel, à évaluer, suspectant un possible trouble de la personnalité. Dans son expertise, requise par le SMR, du 20 avril 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas retenu de diagnostic avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, ni aucune limitation sur les plans psychique, mental et social, la capacité résiduelle de travail étant totale sans diminution de rendement et le degré d'incapacité de travail ayant toujours été nul. Dans son appréciation du cas, ce spécialiste a retenu que l'assuré ne présentait pas de personnalité pathologique selon les classifications psychiatriques reconnues (CIM, DSM), en l'absence de dysfonctionnements durables dans le domaine des cognitions (perception de soi et de l'environnement), de l'affectivité, du contrôle des impulsions ou dans le domaine interpersonnel depuis

- 22 - l'adolescence au plus tard, avant de retenir que les critères généraux pour la présence d'une personnalité pathologique faisaient défaut, un trouble spécifique de la personnalité devant donc également être exclu. Il s'est ensuite écarté du diagnostic de trouble anxio-dépressif réactionnel posé par le Dr I. \_\_\_\_\_, en raison notamment de l'absence de suivi psychiatrique ainsi que de traitement antidépresseur et d'anxiolytique, puis en raison

d'une symptomatologie dépressive et anxieuse réduite, disparate et non incapacitante, ne permettant pas de retenir un épisode dépressif même de degré léger ni même une dysthymie. A ce sujet, il s'est référé à l'absence de tristesse franche, de diminution de l'élan vital, d'abattement, d'anhédonie, de perte de l'énergie, d'autoreproches excessifs ou inappropriés et d'idéation suicidaire. Sur le plan cognitif, le Dr K. \_\_\_\_\_ n'a pas objectivé de troubles de la concentration et de la mémoire, puis a expliqué que l'anxiété de l'assuré n'était pas incapacitante en ce sens qu'elle n'était pas psychiquement déstructurante, relevant ensuite une différence entre les plaintes subjectives et l'observation clinique. Compte tenu des arguments, en l'occurrence convaincants et fouillés, du Dr K. \_\_\_\_\_, on retiendra que l'assuré ne présente pas de diagnostic ni d'incapacité de travail du point de vue psychique. On s'écartera donc de l'avis, peu étayé et quelque peu confus, du Dr I. \_\_\_\_\_, qui est médecin généraliste et non psychiatre et dont l'avis est infirmé de façon documentée et méticuleuse par l'expert. Au surplus, le rapport d'expertise du Dr K. \_\_\_\_\_ se fonde sur une anamnèse détaillée, relate de façon précise les plaintes de l'assuré, décrit un status psychiatrique complet ainsi qu'une appréciation du cas claire et des conclusions convaincantes et dûment motivées, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante. Dès lors, avec l'expert – dont les conclusions sont reprises par le SMR (avis médical du 11 mai 2009 du Dr D. \_\_\_\_\_) – on retiendra que l'assuré ne présente pas d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique. d) Enfin, du point de vue de la problématique du trouble somatoforme douloureux, le Dr A. \_\_\_\_\_ a, le 15 septembre 2008, retenu

- 23 - que le tableau clinique évoquait avant tout un syndrome douloureux chronique de type somatoforme, à préciser éventuellement dans le cadre d'une évaluation psychiatrique. A ce sujet, dans son expertise du 20 avril 2009, le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré présentait effectivement des douleurs persistantes, précisant que ces dernières étaient qualifiées d'intenses mais qu'elles n'étaient pas accompagnées d'un comportement algique (grimaces, soupirs, prise d'appui avec les coudes sur le bureau, déambulation dans la pièce) et qu'il n'y avait pas non plus à proprement parler de sentiments de détresse mais une inquiétude. Tout en admettant que les douleurs n'étaient pas entièrement expliquées par une atteinte somatique, l'expert a ajouté qu'elles ne constituaient pas en permanence la préoccupation essentielle de l'assuré, précisant à ce sujet que le quotidien de ce dernier – dont les préoccupations étaient avant tout d'ordre financier – n'était pas organisé en fonction des douleurs. Le Dr K. \_\_\_\_\_ en a déduit que plusieurs critères essentiels du syndrome douloureux somatoforme persistant n'étaient pas vérifiés ou insuffisamment marqués. Sur ce point également, l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_, présenté de façon convaincante et dûment étayée, emporte conviction. On ajoutera à cela que l'intéressé ne présentant aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, on ne saurait parler de comorbidité psychiatrique. Pour le surplus, s'agissant des autres critères en la matière, l'expert a mis en évidence une sociabilité conservée – de sorte qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie – et a constaté une différence entre les plaintes rapportées et les constatations objectives, l'intéressé ayant tendance à répondre systématiquement par l'affirmative aux questions concernant la présence de symptômes dépressifs ou anxieux (notamment quant à l'allégation d'un sentiment de désespoir, non vérifié objectivement selon l'expert). Ainsi, à l'aune des critères en la matière (ATF 132 V 65 consid. 4.2), on retiendra que l'assuré ne présente pas d'invalidité en raison d'un trouble somatoforme douloureux, au cas où cette affection devait être retenue, ce qui n'est pas le cas au vu des explications détaillées du Dr K. \_\_\_\_\_.

- 24 - 4. a) En conséquence, du point de vue médical, à compter de janvier 2006, soit depuis que le rapport d'examen médical final du 11 janvier 2006 du Dr X. \_\_\_\_\_ a été rendu, on retiendra que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles sur le plan physique, de sorte que l'exercice à plein temps d'une activité légère simple et répétitive tel que retenu par l'enquête suisse sur la structure des salaires est pleinement exigible de sa part. Le recourant ne remet pas en cause le calcul de l'invalidité, qui a été effectué en respectant les règles légales et jurisprudentielles à ce sujet; l'abattement de 10% du revenu d'invalidité apparaît en outre équitable au vu du dossier et n'est pas arbitraire (ATF 126 V 75 consid. 3-5; TF I 925/06 du 26 novembre 2007). Ce calcul aboutit à un degré d'invalidité de 29.01%, qui ne donne donc plus droit à la rente. b) Il y a donc eu modification des circonstances propres à entraîner la suppression, par voie de révision au sens de l'art. 17 LPGA, du droit à la rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 avril 2006, soit après un délai de trois mois d'amélioration de l'état de santé du recourant (art. 88a RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité, RS 831.201). Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée rendue par l'OAI confirmée. La cause étant suffisamment instruite pour être jugée, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à un complément d'instruction sur le plan médical. 5. a) 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de procédure doivent être mis à la charge du recourant, qui succombe. Ceux-ci doivent être fixés à 400 fr., vu l'ampleur de la procédure et conformément à l'avance de frais effectuée par ce dernier.

- 25 - b) Vu l'issue du litige, il n'y a par ailleurs 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.