

VD_GERICHTE ZD10.008581 vom 27. Januar 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-01-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD10.008581

FR: VD_GERICHTE ZD10.008581 du 27 janvier 2012

IT: VD_GERICHTE ZD10.008581 del 27 gennaio 2012

Erwägungen

E. 1

Maintenez-vous les diagnostics indiqués dans votre rapport à l'Al du 30 août 2006? Oui.

E. 2

Quels sont les éléments justifiant, à votre sens, le diagnostic d'état de stress post traumatique (contesté par le SMR, estimant que les critères énumérés dans la CIM 10 ne sont pas remplis)? A l'époque de mon évaluation pour établir le rapport cité au point 1, le patient se plaignait, depuis son accident, de présenter des rêves récurrents de chute, et de se retrouver au sol, entouré d'étrangers lui disant de se relever, rêves qui s'accompagnaient d'un sentiment de détresse; il décrivait des impressions plusieurs fois par semaine de revivre subitement la scène du réveil après la chute (flash-back), ou d'avoir comme un bruit qui lui monte à la tête quant il est exposé à un indice qui lui rappelle quelque chose de l'accident; j'observais un évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et un émoussement de la réactivité, avec une amnésie péri-traumatique, un évitement du lieu de l'accident et des anciens collègues de travail, un manque d'intérêt pour bon nombre d'activités, un sentiment de détachement vis-à-vis de l'entourage et des intérêts habituels; le patient craignait également de sortir seul et de se trouver sans secours s'il devait chuter. Tous ces éléments parlaient clairement en faveur d'un état de stress post-traumatique.

E. 3

Même question pour les troubles dépressifs majeurs? J'ai à l'époque également objectivé un tableau dépressif, compatible avec un trouble dépressif majeur, qui paraissait être apparu progressivement et secondairement au trouble post-traumatique: tristesse, irritabilité, troubles du sommeil avec réveils nocturnes, anhédonie, troubles de la concentration, fatigabilité et manque d'énergie, idées noires sans véritables idées suicidaires, troubles alimentaires, avec de nombreuses plaintes d'ordre somatique (vertiges, acouphènes, lombalgies, dorsalgies, céphalées, sentiment d'avoir la tête lourde). Ces symptômes étaient présents de manière fluctuante dans la journée, paraissaient cependant se prolonger de manière assez constante sur plusieurs mois, quand bien même ils n'étaient pas toujours aisés à préciser avec le patient et pour certains à distinguer du tableau post traumatique. Je n'ai pour cette raison pas été en mesure de spécifier la sévérité du trouble.

E. 4

Quelle a été l'évolution de l'état de santé psychique de M. X. _____ depuis ce rapport? Le patient garde le sentiment que rien n'a vraiment changé. Les plaintes d'ordre somatique sont au premier plan et n'ont pas varié. Le tableau post-traumatique me paraît toujours présent, quoique atténué. Les rêves et les flash-backs sont toujours évoqués, mais surviennent moins régulièrement; le patient peine toujours à revenir sur l'accident et ses circonstances, et j'observe toujours un émoussement de l'affect, un certain détachement

vis-à-vis d'autrui, une insensibilité à l'environnement, de l'évitement.

- 23 - Le tableau dépressif est devenu plus fluctuant, en fonction du contexte, variant d'un jour à l'autre, avec des périodes libres de symptômes qui peuvent durer quelques jours.

E. 5

A votre avis, du point de vue de son état de santé psychique, est-il en mesure de reprendre une activité professionnelle? Si oui laquelle? Pas actuellement.

E. 6

Quel est le suivi mis en place à l'heure actuelle (cadence des consultations, médicaments, etc...)? Traitement psychiatrique, et psychothérapique intégré. Entretiens réguliers et planifiés, tous les mois à tous les deux mois. Traitement médicamenteux antidépresseur et anxiolytique, somnifère.

E. 7

Comment expliquez-vous la divergence des diagnostics posés par les différents médecins psychiatres qui ont examiné M. X. _____ (vous-même, le Dr L. _____, et le Dr Q. _____) et leurs conséquences sur la capacité de travail? Il est difficile de répondre à une telle question, qui relève d'un travail d'expertise. Les observations et conclusions de la première expertise (Dr L. _____) me paraissent rejoindre mon appréciation. Celles du Dr Q. _____ sont par contre très différentes. Il est vrai qu'il n'a examiné le patient que récemment, et il est vrai qu'il y a eu une légère amélioration clinique. Je me demande en même temps comment il est possible de fonder un avis sur une seule appréciation alors que la situation est complexe et les symptômes variables et fluctuants. Je vois pour ma part le patient régulièrement depuis 3 ans, mon appréciation est certainement plus étendue et complète. Je ne suis en même temps pas dans une position d'expert et mon appréciation peut être influencée par la qualité de la relation thérapeutique, que j'estime bonne. A ce titre, j'ai le sentiment que l'expert se focalise trop sur des aspects caractériels, qui pour ma part peuvent être mis en partie sur le compte de la clinique post-traumatique, et également vus comme une réaction compréhensible au contexte AI conflictuel qui se prolonge, avec évaluations réitérées et aux conclusions contradictoires.

E. 8

Selon les deux expertises mises en place par l'AI, la compliance de M. X. _____ au traitement médicamenteux serait mauvaise. Comment vous déterminez-vous par rapport à cela? Cette mauvaise compliance peut-elle se justifier? Si oui, comment? Je n'ai pour ma part pas soupçonné de mauvaise observance des traitements prodigués, mais ai bien dû en constater le peu d'efficacité au fil des mois. M. X. _____ est venu très régulièrement et à l'heure aux rendez-vous fixés à ma consultation, dans le cadre d'une psychothérapie hebdomadaire la première année, puis d'un traitement intégré ensuite. Le patient aurait interrompu sa médication une semaine avant le rendez-vous avec le Dr Q. _____, se demandant si son état pouvait

- 24 - être lié à la médication en place, de manière à voir aussi s'il pouvait se passer d'un traitement.

E. 9

Quel est votre pronostic pour l'avenir? Le pronostic est mauvais compte tenu du peu d'évolution des troubles et du caractère chronique de l'état de stress post-traumatique, des

comorbidités psychiatriques et somatiques, du peu d'efficacité des traitements.

E. 10

Avez-vous d'autres commentaires à ajouter? Je suis pessimiste quant aux chances d'une décision de l'AI plus favorable au patient en cas de recours. Une contre-expertise risquerait d'aboutir à nouveau à des conclusions défavorables, similaires à celles du dernier expert. Une prolongation de la procédure avec nouvelle expertise aggraverait par ailleurs ce climat conflictuel et d'incertitude qui nuit au patient et entretient ses troubles. Au final, je déconseille à mon patient de demander une telle mesure." Par réponse du 29 avril 2010, l'Office a conclu au rejet du recours. L'OAI faisait valoir que le rapport d'expertise du Dr Q. _____ remplissait tous les critères pour être probant, au contraire de celui établi par le Dr L. _____. Les conclusions de ce dernier étaient contraires au constat d'absence de stress post traumatique opéré lors du séjour en clinique de réadaptation, après l'accident, et ne respectaient pas non plus les critères reconnus par la classification internationale en la matière. C. Par décision du 29 mars 2010, le Bureau de l'assistance judiciaire a accordé l'assistance judiciaire totale au recourant à dater du 5 mars 2010 et nommé Me Romano Buob en tant qu'avocat d'office. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – sont sujettes

- 25 - à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile devant le tribunal compétent. Il remplit les autres exigences légales de forme, et est par conséquent recevable (art. 61 let. b LPGA). b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). 2. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut 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 voire d'un autre domaine d'activité. Tant le droit à des mesures de réadaptation (art. 8 et ss LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI et 28 al. 1 LAI).

- 26 - En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI (dont la teneur est identique à celle de l'ancien art. 28 al. 1 LAI 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. b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant 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. 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 134 V 231, consid. 5.1; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 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

- 27 - 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; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 3. Le recourant critique tout d'abord l'absence au dossier de données actuelles s'agissant des atteintes somatique dont il souffrirait. L'OAI s'est, pour sa part, référé dans son courrier du 7 août 2009 motivant sa décision, à la décision prise le 4 décembre 2006 par la SUVA confirmée finalement par la Cour de céans et par laquelle l'assureur-accident considérait qu'il n'y avait plus de séquelles organiques à l'accident justifiant une incapacité de travail, à dater du 10 décembre 2006. L'Office fait valoir que la CNA s'était basée sur des rapports de la Clinique F. _____, du Dr B. _____ et du Dr V. _____ permettant une appréciation claire de la situation. Ces médecins sont unanimes pour conclure que sur le plan somatique, le recourant ne présente plus d'incapacité de travail ensuite de son accident. Leurs conclusions sont claires et convaincantes et il n'y a aucune raison de s'en écarter. Cela est d'autant plus vrai que le médecin traitant du recourant est aussi d'avis que si incapacité de travail il y a, elle serait plutôt d'ordre psychique. Il n'y a donc pas, sur le plan somatique, d'empêchements à l'exercice d'une activité adaptée. 4. a) S'agissant de l'aspect psychiatrique, l'intimé s'est fondé sur l'expertise du Dr Q. _____ et a écarté l'avis du psychiatre traitant ainsi que l'expertise du Dr L. _____. b) Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer

- 28 - un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGGA. 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 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). c) L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr L._____. A juste titre, selon la cour. En effet, d'abord sur le plan formel, il est de fait que la femme du recourant était présente lors de l'examen et qu'elle s'est exprimée. Or, une expertise doit être effectuée sans influence extérieure (ATF 132 V 443). Ensuite, sur le fond, l'expert L._____ pose le diagnostic d'état de stress post-traumatique sans que les critères requis par les classifications internationales ne soient remplis. Quant à l'argument selon lequel une reconnaissance de l'incapacité de travail du recourant serait réparatrice, il n'est absolument pas pertinent au sens de l'assurance-invalidité. Enfin, il n'y a pas eu contrôle de la compliance du

- 29 - recourant à son traitement. Dès lors, il appert que l'on ne peut reconnaître valeur probante à l'expertise du Dr L._____. En revanche, l'expertise du Dr Q._____ contient une anamnèse complète; elle fait état des plaintes du recourant ainsi que des divers rapports médicaux figurant au dossier; elle fait suite à un examen clinique et à un contrôle de la compliance du recourant. Ses conclusions sont complètes et bien motivées. Elles emportent la conviction. On doit constater que cette expertise remplit les réquisits jurisprudentiels et qu'elle a pleine valeur probante. Cette expertise prévaut en effet sur les conclusions du psychiatre traitant. Celui-ci retient en dernier lieu en effet un trouble dépressif fluctuant avec des périodes libres de tout symptôme pendant quelques jours. Il admet lui-même que son appréciation peut être faussée par sa relation de médecin traitant avec son patient et qu'une nouvelle expertise n'aboutirait pas à une conclusion différente de celle de l'expertise du Dr Q._____. Force est donc de constater que c'est cette expertise qui doit être suivie. Il n'y a donc pas d'incapacité de travail que ce soit sur le plan somatique ou sur le plan psychiatrique, tout du moins dans une activité adaptée. 5. a) A cet égard, en effet, il convient de remarquer que tous les praticiens retiennent un trouble fonctionnel de l'équilibre. On voit mal dans ces conditions que le recourant puisse continuer à exercer une activité en hauteur comme celle de charpentier. Il convient de déterminer ainsi le degré d'invalidité dans une activité adaptée. 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

- 30 - après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Le revenu hypothétique de la personne invalide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1; ATF 129 V 222, consid. 4.3.1; TF 9C_501/2009 du 12 mai 2010, consid. 5.2). b) Des éléments fournis par l'employeur, il ressort que le recourant réalisait un salaire horaire de 27 fr. 50 à raison de 41 heures 30 hebdomadaires, correspondant à un salaire annuel, 13ème salaire compris, de 64'290 fr. 42 ($[1141 \text{ fr. } 25/\text{sem.} \times 52]/12 = 4'945 \text{ fr. } 42$ mensuel). Compte tenu du délai d'attente d'une année (art. 29 al. 1 aLAI, repris par le nouvel art. 28 al. 1 let. c LAI), c'est au 1er juin 2006, comme l'a indiqué l'OAI, que le droit naissait, et c'est cette année qui est déterminante pour la comparaison des revenus. Dans cette mesure, compte tenu de l'adaptation moyenne des salaires en Suisse pour l'année 2006, de 1,2%, le recourant aurait réalisé un salaire annuel de 65'061 fr. 90. Du 1er juin 2006 au 10 décembre 2006, une incapacité de travail entière a été reconnue au recourant avec pour conséquence une invalidité entière. Par la suite, soit dès le 11 décembre 2006, persistait la limitation fonctionnelle retenue qui empêchait l'assuré de reprendre son

- 31 - ancienne activité de charpentier ou d'aide-charpentier, mais lui autorisait une activité adaptée. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS), établies par l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010 consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; TF I 7/2006 du 12 janvier 2007 consid. 5.2 ; VSI 1999 p. 182). A ce titre, on peut considérer que le recourant peut toujours exercer une activité dite "simple et répétitive", considérant le large éventail que recouvre cette catégorie (cf. TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 ; TF 9C_146/2010 du 30 août 2010, consid. 3). Dans ce type d'activité, il pouvait réaliser en 2006 un salaire annuel de 59'197 fr. 32 (salaire mensuel de 4'732 francs pour 40 h, selon ESS 2006, TA1, niveau de qualification 4 [activité simple et répétitive], adapté à la durée hebdomadaire moyenne travaillée en 2006 [41.7]). Le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation); une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322, consid. 5.2; 126 V 75, consid. 5b/aa-cc). De jurisprudence constante, le Tribunal fédéral considère que la nature des limitations fonctionnelles présentées par une personne assurée peut constituer un facteur susceptible d'influer sur ses

- 32 - perspectives salariales (ATF 126 V 75, consid. 5a/bb et les références citées; voir également TFA I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3). Cet abattement résulte de l'exercice par l'administration de son pouvoir d'appréciation, et le juge des assurances sociales ne peut substituer sa propre appréciation à celle de l'administration sans motif pertinent (ATF 132 V 393, consid. 3.3; 126 V 75, consid. 6). Le juge des assurances sociales ne revoit ainsi l'étendue de l'abattement retenu dans un cas concret par l'administration que si celle-ci a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci, notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (TF 9C_1047/2008 du 7 octobre 2009, consid. 3.1). En d'autres termes, la juridiction cantonale doit porter son attention sur les différentes solutions qui s'offraient à l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité et voir si un abattement plus ou moins élevé (mais limité à 25%) serait mieux approprié et s'imposerait pour un motif pertinent, sans toutefois substituer sa propre appréciation à celle de l'administration (cf. ATF 137 V 71 consid. 5.2). En l'occurrence, compte tenu de l'importance toute relative des limitations fonctionnelles et de l'ensemble des autres circonstances, un taux d'abattement de 10% est justifié. Le revenu avec invalidité s'élève ainsi à 53'277 fr. 59. Il en résulte donc, en comparaison avec le revenu sans invalidité (65'061 fr. 90), un taux d'invalidité de 18,11%, qui doit être arrondi à 18% (ATF 131 V 121), insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. c) S'agissant de l'amélioration de la capacité de travail de l'assuré, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413, consid. 2d et les références). Dès lors, comme l'OAI l'a fait, il convenait donc d'appliquer le délai de trois mois de l'art. 88a RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur

- 33 - l'assurance-invalidité ; RS 831.201) qui prescrit qu'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations un changement de la capacité de travail ou de gain d'une durée de trois mois sans interruption notable. A dater du 11 décembre 2006, le recourant était entièrement apte à exercer une activité adaptée (simple et répétitive), qui tient compte de son trouble de l'équilibre persistant, et le taux d'invalidité de 18% était insuffisant à justifier le droit à la rente. Aucune pièce au dossier ne vient faire état d'une modification ultérieure de la capacité de travail de l'assuré. L'OAI pouvait donc à bon droit constater une amélioration durable et décider que la rente d'invalidité cessait d'être due à fin mars 2007, à l'issue du délai de trois mois prévu par l'art. 88a RAI. Les conclusions du recourant tendant à la poursuite du versement de la rente doivent ainsi être rejetées et la décision confirmée. 6) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 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 dans la mesure où le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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