

VD_GERICHTE ZD13.017328 vom 5. Mai 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-05-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.017328

FR: VD_GERICHTE ZD13.017328 du 5 mai 2014

IT: VD_GERICHTE ZD13.017328 del 5 maggio 2014

Erwägungen

E. 2

Du côté pneumologique : dans son rapport médical du 07.05.2012, le Dr L. _____ indique un état de santé stationnaire et/ou aggravé, et décrit une capacité de travail de 30% au moins, avec 50% de diminution du rendement existant depuis 2004. A ces constatations s'appliquent la même réponse que sous point 1. On ajouterait que dans sa lettre du 27.04.2012 au Dr V. _____, il décrit un «état respiratoire et général stables», il constate une légère péjoration de la spémométrie mais des échanges gazeux stables avec une hypercapnie modérée inchangée et une hypoxémie sévère. Notons encore que lors du séjour du 07./08.09.2011 au W. _____, il est noté dans l'anamnèse actuelle : «sur le plan respiratoire, M. B. _____ n'a pas de plaintes».

E. 3

Je n'ai jamais parlé d'une amélioration réelle ou à attendre : vu les pathologies objectivées chez ce patient âgé de 64 ans, il faut plutôt s'attendre à une péjoration. On peut l'accepter si les médecins la démontrent sur la base d'examens, dans quelle mesure et depuis quelle date de cette péjoration. Dès que le Dr L. _____ ou le Dr V. _____ démontrent clairement en quoi consiste la péjoration et depuis quand elle existe, je serai évidemment prête à revoir mes conclusions. » Donnant suite à l'avis du SMR du 6 novembre 2012, l'OAI a réinterpellé le 12 novembre 2012 les Drs V. _____ et L. _____ afin qu'ils lui fassent savoir en quoi consistait la péjoration de l'état de santé de leur patient et depuis quelle date celle-ci existait. Dans un rapport médical du 29 novembre 2012 à l'OAI, le Dr V. _____ a relevé ce qui suit : « D'un point de vue subjectif, Monsieur B. _____ signale une augmentation de l'intensité douloureuse en particulier les épaules, poignets et mains, ayant nécessité la reprise de corticostéroïdes, de plus, apparition de lombalgies, devenant également plus invalidantes. Objectivement, on relève une augmentation de la limitation fonctionnelle des épaules avec une distance pouce C7 de 17/56 cm à gauche contre 15/35 à droite, et une limitation d'un tiers de l'amplitude normale de l'abduction de l'épaule gauche, l'élévation antérieure étant également légèrement diminuée. Les rotations sont algiques, avec une limitation fonctionnelle d'un tiers de l'amplitude normale. Il existe également un syndrome lombospondylogène avec une mobilisation douloureuse des mouvements de la colonne lombaire, avec une distance doigts-sol de 14 cm, et en flexion antérieure de 55 cm des deux côtés [ddc]. Concernant l'affection pulmonaire je ne puis y répondre, et je vous laisse le soin de vous adresser au Dr L. _____, pneumologue traitant. Globalement, l'état de santé de Monsieur B. _____ s'est aggravé il ne s'est en tout cas pas amélioré par rapport à 2008, l'aggravation est difficile à dater précisément, mais au vu de mon dossier médical, elle peut être datée de mars 2012.

- 20 - Concernant l'incapacité de travail je vous prie de vous référer à l'annexe de mon rapport du 23 avril 2012, elle reste inchangée, et j'estime qu'actuellement, Monsieur

B. _____ n'a plus de capacité de travail raisonnablement exigible dans le circuit économique normal dans quelque profession que ce soit à plus de 30% ». Dans son rapport médical à l'OAI du 4 décembre 2012, le Dr L. _____ a indiqué ce qui suit : « Ce patient représente une péjoration progressive de son état de santé, dans le cadre d'une BPCO sévère. Par rapport au 20.9.12, et en dehors d'un état infectieux, on constate une aggravation des échanges gazeux, avec une hypoxémie sévère (PaO₂ 55 mmHg) et accentuation de l'hypercapnie (PaCO₂ 46 mmHg). Ces valeurs étaient respectivement de 65 et 43 le 26.9.12. Par ailleurs, le VEMS diminue également malgré un traitement inhalé continu avec un VEMS actuellement à 32% du prédit (41% le 26.9.12). Malgré une assistance ventilatoire à domicile, l'insuffisance respiratoire s'aggrave entraînant une polyglobulie actuellement avec une hémoglobine à 180 g/L qui nécessitera des saignées. Une oxygénothérapie continue ambulatoire sera vraisemblablement nécessaire en 2013, en plus de la VNI. Compte tenu de l'ensemble des troubles présentés par ce patient et de son âge, une reprise d'une activité professionnelle, même légère et partielle, ne semble pas possible ». Dans un avis médical sur audition du SMR du 4 février 2013, les Drs Z. _____ et C. _____ ont comparé les valeurs sanguines et pneumologiques existant lors de l'octroi de la rente et celles transmises le

E. 4

Il incombe à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité du recourant s'est produit depuis les décisions des 1er mai et 24 juillet 2009, justifiant l'augmentation de trois-quarts de rente à une rente entière. a) Par décision des 1er mai et 24 juillet 2009, l'OAI a notamment accordé à l'assuré trois-quarts de rente dès le 1er août 2005, retenant une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée et un taux d'invalidité de 66%. Saisi d'un recours, la Cour de céans a confirmé ces deux décisions par arrêt du 21 février 2011, précisant toutefois que le degré d'invalidité s'élevait à 68% et non pas à 66%. Dans le cadre de l'arrêt du 21 février 2011, la Cour de céans avait considéré que la conclusion de l'OAI selon laquelle le recourant présentait dès le 8 avril 2005 une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée reposait sur une appréciation circonstanciée de l'ensemble des éléments pertinents figurant au dossier. En particulier selon le rapport médical du Dr L. _____ à l'OAI du 21 juin 2005, la capacité de travail sur le plan pneumologique était de 50% dès le 8 avril 2005. Le Dr L. _____ avait confirmé dans son courrier du 24 octobre 2005 au Dr V. _____ que l'état respiratoire du patient était stable et ne

- 31 - présentait pas de modification subjective par rapport au dernier contrôle. Le 14 novembre 2005, le Prof. D. _____ constatait certes une légère augmentation de la pression transcutanée de CO₂ moyenne, mais relevait que l'assuré présentait une bonne tolérance à sa BiPAP. En réponse à un questionnaire du SMR, le Dr L. _____ avait noté le 12 décembre 2005 que l'évolution de la pathologie broncho-pulmonaire de l'assuré ne contre-indiquait pas une reprise d'activité professionnelle à 50% dès le 8 avril 2005 et que si la fonction respiratoire n'avait pas été améliorée depuis le

E. 8

avril 2005, l'état de l'assuré n'en demeurait pas moins stationnaire d'un point de vue pneumologique, confirmant que de ce point de vue, il existait toujours une incapacité de 50% dans la profession antérieure de relieur. Dans un rapport d'examen du 4 janvier 2006, le Dr M. _____ du SMR avait résumé les avis médicaux au dossier et noté que depuis

avril 2005, l'incapacité de travail permanente était de 50% en dehors des périodes de décompensation de la BPCO. Dans son avis médical du 30 janvier 2007, le Dr C. _____ du SMR avait constaté que la capacité de travail dans l'activité actuelle était de 0%, mais qu'elle demeurait de 50% dans une activité adaptée. Selon un courrier du 26 novembre 2007 du Dr L. _____ à l'OAI, l'état respiratoire de son patient s'était dégradé, si bien qu'il estimait qu'une reprise d'activité semblait compromise. Dans son courrier du 17 janvier 2008 au Dr K. _____, le Dr L. _____ relevait qu'il n'y avait pas d'amélioration de l'état de santé de son patient depuis février 2006 ; il estimait que la capacité actuelle de travail était très limitée et que concrètement, une activité occupationnelle légère serait théoriquement possible mais que sur le marché actuel du travail, une telle place n'était pas envisageable. Pour le Dr L. _____, si l'assurance AI ne couvrait pas entièrement son patient, une assistance au placement lui semblerait absolument indispensable. Il notait qu'en une année, il y avait eu une légère dégradation de l'état de santé en particulier respiratoire. Dans son rapport du 9 avril 2008 à l'OAI, le Dr L. _____ relevait que pour une activité résiduelle, une expertise et des stages seraient nécessaires, ainsi qu'une aide au placement, laissant ainsi entendre que l'assuré présentait toujours une capacité de travail résiduelle. Dans l'arrêt de février 2011, la Cour avait toutefois retenu que les résultats d'examens respiratoires effectués par le Dr L. _____ en 2007 avaient été examinés par la Dresse

- 32 - R. _____, pneumologue FMH, du SMR, qui avait constaté dans son avis médical du 20 octobre 2008 que les résultats desdits tests respiratoires ne faisaient apparaître aucune aggravation objective de l'insuffisance respiratoire par rapport à ceux de 2005, la gazométrie montrant même une discrète amélioration de l'hypercapnie. Quant au Dr V. _____, il indiquait dans son rapport médical à l'OAI du 3 octobre 2008 qu'il n'y avait à ses yeux plus d'activité professionnelle raisonnablement exigible chez l'assuré, estimant que l'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. Au plan rhumatologique, le Dr V. _____ posait le diagnostic d'oligoarthralgies chroniques, diagnostic qu'il posait déjà en novembre 2002, et confirmait en septembre 2003. Dans ces conditions, il avait été retenu que le rapport du 3 octobre 2008 du Dr V. _____ n'apportait pas d'éléments nouveaux au plan rhumatologique, dans la mesure où l'aggravation de l'incapacité de travail dont il faisait état depuis le 11 août 2003 était attribuée à la BPCO. Cependant, au plan pneumologique, les tests effectués par le Dr L. _____ n'attestaient pas d'une aggravation. A l'appui de son recours, le recourant soutient que son état de santé s'est péjoré. Se référant principalement aux rapports médicaux établis par le Dr V. _____ le 23 avril 2012 et par le Dr L. _____ le 3 mai 2012, il relève que son appréciation est partagée par ses médecins traitants, qui estiment que sa capacité résiduelle de travail n'ascende pas à plus de 30% dans des activités légères. Le recourant ne peut toutefois être suivi. b) En effet, au plan rhumatologique, le Dr V. _____ a qualifié l'état de santé de son patient de stationnaire (cf. rapport médical du 23 avril 2012 à l'OAI). Il a posé les mêmes diagnostics que ceux qu'il avait mentionnés dans ses rapports initiaux des 7 janvier 2003, 3 septembre 2003 et 3 octobre 2008 (oligoarthralgies chroniques, cortico- dépendantes, touchant essentiellement les épaules, les poignets et les mains, avec perte de substance à la coiffe des rotateurs des deux côtés, composante dégénérative ; syndrome d'apnée du sommeil ; insuffisance

- 33 - respiratoire hypoxémique depuis 2004 ; bronchopneumopathie chronique obstructive sévère ; surdité neurosensorielle modérée à sévère ; perte traumatique de l'œil gauche ; HTA

; obésité et antécédents de tuberculose pulmonaire en 1960). Les limitations fonctionnelles fixées le 23 avril 2012 par le rhumatologue correspondent également à celles qu'il avait avancées au cours de l'examen initial du droit à la rente (activités nécessitant l'utilisation continue des membres supérieurs et des mains ; activités de force ; activités nécessitant des mouvements d'élévations des épaules au dessus de 90° ; mouvements de rotations répétitifs des épaules). Ces éléments sont ainsi révélateurs d'un état de santé qui n'a pas évolué. Quant à l'évaluation de la capacité de travail, elle est peu claire. Le Dr V. _____ évoque en effet simultanément une incapacité totale depuis le 11 août 2003, dans toute activité, et une capacité résiduelle de 30% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles retenues, moyennant une diminution de rendement et une période d'adaptation. Enfin, la référence faite par le Dr V. _____ dans son rapport médical du 29 novembre 2012 au « circuit économique normal », afin de justifier l'incapacité de travail minimale de 70%, ne constitue pas un élément médical et n'est pas relevant en l'espèce. Compte tenu des constats inchangés au niveau des diagnostics et des limitations figurant dans le rapport médical du 23 avril 2012 du Dr V. _____ et de la position peu claire et non étayée de celui-ci sur la question de la capacité de travail, c'est dès lors à juste titre que le SMR a conclu à une absence d'aggravation notable de l'état de santé du recourant au plan rhumatologique. Les rapports établis ultérieurement par le Dr V. _____ ne permettent pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, lorsque dans son rapport du 29 novembre 2012, il rapporte l'augmentation des douleurs et l'apparition de lombalgies invoquées par son patient, le rhumatologue ne fait pas état d'éléments médicaux objectifs, mais fait part des plaintes subjectives de son patient. Il qualifie en outre lui-même de légères certaines limitations et n'explique pas en quoi l'évolution de l'état du patient, notamment au niveau de la distance pouce-C7 et des limitations

- 34 - aux membres supérieurs, a un impact sur la capacité de travail et de gain de celui-ci, notamment en quoi ces limitations rendraient impossibles certaines activités et aggraveraient ainsi les limitations retenues par l'OAI au moment de l'octroi de la rente. Le Dr V. _____ ne fournit au surplus pas de conclusion univoque sur la question litigieuse, spécifiant que « l'état de santé de M. B. _____ s'est aggravé il ne s'est en tous cas pas amélioré par rapport à 2008 ». Enfin, alors qu'il suit le recourant régulièrement depuis plusieurs années, le Dr V. _____ dit ne pas être en mesure de dater précisément l'aggravation de l'état de santé alléguée, pour finir par arrêter celle-ci en mars 2012. Cette appréciation est toutefois imprécise et en contradiction avec le constat de stabilité posé par ce médecin dans son rapport du 23 avril 2012. C'est dès lors à juste titre qu'aucune aggravation significative au niveau rhumatologique, susceptible de modifier le droit à la rente d'invalidité reconnu jusqu'ici par l'OAI, n'a été reconnue. Sur le plan pneumologique, les rapports des 27 avril et 3 mai 2012 du Dr L. _____ dont se prévaut le recourant à l'appui de sa contestation ne permettent pas d'aboutir à une conclusion différente. Dans son courrier du 27 avril 2012 au Dr V. _____, le Dr L. _____ fait état d'une situation stabilisée ; il parle en effet d'un état respiratoire et général stable, sans épisode infectieux majeur durant l'hiver. Il rapporte une auscultation cardiaque sans pathologie. Il qualifie lui-même de légère la péjoration des débits respiratoires qu'il invoque, relevant une hypercapnie modérée, inchangée et une hypoxémie sévère avec une PaO₂ à 55 mmHg. Or, comme le relève à juste titre les Drs Z. _____ et C. _____ du SMR dans leur avis du 4 février 2013, cette dernière valeur correspond à celle relevée lors des examens effectués à l'époque de l'examen du droit à la rente ; il n'existe dès lors aucune aggravation significative à ce niveau. Dans son rapport à l'OAI du 3 mai 2012, le Dr L. _____ a

également défini les causes de l'incapacité de travail par des affections

- 35 - correspondant en tous points au diagnostic posé à l'époque de l'instruction de la demande initiale (insuffisance respiratoire chronique globale sur BPCO sévère et obésité, syndrome d'apnées obstructives du sommeil, HTA traitée, HTA pulmonaire, polyarthrite traitée par corticothérapie au long cours, surdité neurosensorielles, status après perte traumatique de l'œil gauche). Bien qu'il ait indiqué une aggravation progressive de l'état de santé de l'assuré, avec une dyspnée au moindre effort et des douleurs articulaires prédominant aux mains, il n'a pas évoqué de nouvelles limitations excluant de nouvelles fonctionnalités et réduisant les activités professionnelles adaptées à son patient. Il a au surplus évalué l'état de celui-ci de manière équivoque, qualifiant celui-ci à la fois de stationnaire et d'aggravé. Cette évaluation ne peut dès lors pas être retenue pour établir à satisfaction une aggravation importante de l'état de santé pulmonaire du recourant, permettant d'établir que la péjoration dont il fait état affecterait la capacité de travail et de gain de son patient d'une manière suffisamment importante pour influencer sur son droit à la rente, ce d'autant plus qu'elle n'est corroborée par aucun élément objectif. Le Dr L._____ a en outre évalué la durée de travail exigible de son patient à 30% dans des activités légères, avec une performance d'environ 50%, puis a ajouté, dans son rapport du 8 avril 2013 au Dr V._____, que l'atteinte respiratoire n'était probablement invalidante à 100%, mais que, ne voyant pas quelle activité le patient pourrait exercer compte tenu de l'ensemble de ses pathologies articulaires et respiratoires ni quelle formation il pourrait entreprendre compte tenu de son âge, il estimait qu'une rente d'invalidité à 100% serait justifiée. Force est de plus de constater que la comparaison des valeurs effectuée par le pneumologue dans son rapport du 4 décembre 2012 n'est pas relevante, dans la mesure où elle met en regard les résultats d'examens effectués en septembre et en décembre 2012. Or, afin d'établir l'éventuelle existence d'une aggravation justifiant une révision de la rente d'invalidité, il convient de procéder à une comparaison entre les valeurs prévalant au moment de l'octroi de la rente initiale et celles existant au moment de la révision. C'est dès lors à juste titre que, dans son rapport du 4 février 2013, le SMR

- 36 - a comparé les résultats des examens sanguins et pneumologiques obtenus le 23 juin 2003 et 15 octobre 2003 à ceux transmis le 4 décembre 2012. Ces valeurs n'ont pas été contestées par le recourant, ni par le Dr L._____. On peut valablement conclure avec le SMR que la comparaison de ces valeurs démontrent une certaine stabilité, voire une amélioration au niveau du PCO₂, mais pas une aggravation importante. Ce constat de stabilité dans l'état de santé pulmonaire du recourant est de surcroît corroboré par celui opéré par le W._____ dans son rapport du 21 septembre 2011 à l'issue du bilan pneumologique annuel, qui a constaté que le patient n'avait pas émis de plainte et relaté ni hospitalisation, ni surinfection bronchique ni antibiothérapie durant l'année écoulée, décrivant des nuits de 7 heures sous ventilation avec bonne tolérance de son appareil de ventilation mécanique. c) Le recourant fait principalement grief à l'OAI d'avoir statué en ne tenant compte que des rapports du SMR, dont il estime que la valeur probante est douteuse. Après examen des rapports médicaux établis par le W._____ le 21 septembre 2011, par le Dr L._____ les 27 avril et 3 mai 2012, et par le Dr V._____ le 23 avril 2012, la Dresse Y._____ du SMR a estimé que si les chiffres montraient une légère péjoration au niveau pneumologique, celle-ci restait minime et l'état clinique stable, ce qui était également le cas du status ostéo-articulaire (cf. rapport SMR du 15 juin 2012). La Dresse Y._____ ne retenait pas l'incapacité totale définitive dans toute activité attestée par le

Dr V. _____ dans son rapport du 24 avril 2012, ainsi que la capacité maximale de 30% que le Dr L. _____ annonçait depuis 2004 dans son rapport du 7 mai 2012. La Dresse Y. _____ a également relevé que dans son rapport du 24 avril 2012, le Dr V. _____ avait qualifié l'état de son patient de stationnaire. Le Dr L. _____ avait quant à lui décrit un état respiratoire et général stable et constaté une légère péjoration de la spémométrie, mais des échanges gazeux stables avec une hypercapnie modérée inchangée et une hypoxémie sévère dans sa lettre du 27 avril 2012. La Dresse Y. _____ du

- 37 - SMR a au surplus relevé que dans le rapport médical établi le 21 septembre 2011 suite au séjour effectué par le patient les 7 et 8 septembre 2011, le W. _____ avait noté que sur le plan respiratoire, l'assuré n'avait pas de plaintes (cf. avis SMR du 6 novembre 2012). Comparant les valeurs sanguines et pneumologiques existant lors de l'octroi de la rente à celles transmises le 4 décembre 2012, les Drs Z. _____ et C. _____ du SMR ont constaté une certaine stabilité, voire une amélioration en ce qui concernait le PCO₂. Attribuant les signes d'aggravation à des éléments infectieux et ceux d'amélioration au traitement de Prednisone prescrit par le rhumatologue, ils ont conclu que l'affection pneumologique ne justifiait pas une incapacité de travail à 100%. Quant à l'atteinte rhumatologique, après consultation d'un spécialiste en rhumatologie, les médecins du SMR s'étonnaient des mesures opérées par le Dr V. _____, estimant que les limitations évoquées correspondaient soit à celles prévalant jusqu'alors, soit restaient peu importantes et normales pour un homme de 64 ans. Ils attribuaient de surcroît l'augmentation des douleurs à une poussée d'oligo-arthrite et jugeaient que les limitations étaient susceptibles de s'amender avec le temps. Les médecins du SMR relevaient en outre une contradiction dans le rapport du 29 novembre 2012 du Dr V. _____, qui avait attesté d'une totale incapacité de travail de son patient depuis 2003, alors que dans un rapport établi le 3 septembre 2003, il avait reconnu une capacité de travail à 50%, avec une baisse de rendement lors de certaines journées où l'assuré ne pouvait travailler qu'à 30% (cf. avis SMR du 4 février 2013). Ils soulignaient enfin que la limitation d'un tiers de l'amplitude de l'épaule gauche mentionnée par le Dr V. _____ dans son rapport du 3 avril 2013 était reconnue par l'OAI, qui avait admis une capacité de travail limitée à 50% et exclusivement dans une activité adaptée, estimant cependant que contrairement à ce qu'affirmait le rhumatologue traitant, cette affection n'était pas apparue en novembre 2012, dès lors qu'un rapport médical du Dr V. _____ du 3 septembre 2003 signalait déjà l'objectivisation d'une légère limitation fonctionnelle d'un tiers de l'amplitude normale de l'élévation antérieure (cf. avis SMR du 27 juin 2013).

- 38 - Il résulte de ce qui précède que l'OAI a pris en considération l'entier des documents médicaux au dossier pour statuer. S'il est exact qu'il s'est référé aux avis du SMR, il n'en demeure pas moins que les médecins de ce service ont exposé de manière claire et détaillée les raisons pour lesquelles ils ne retenaient pas une aggravation importante de l'état de santé du recourant. Ils ont en particulier bien pris en considération les rapports des Drs V. _____ et L. _____, puis posé les résultats d'analyses effectuées par les médecins traitants et expliqué de façon convaincante, chiffres à l'appui, pour quels motifs la péjoration alléguée ne pouvait être retenue. Les rapports du SMR ne contiennent au demeurant pas de contradictions intrinsèques, ce qui n'est pas le cas des rapports médicaux des médecins traitants. Il n'existe enfin pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés et qui seraient de nature à remettre en question les conclusions du SMR. Le seul fait que les Drs V. _____ et L. _____ émettent des avis divergents ne permet

pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, ces deux médecins, qui suivent le recourant régulièrement depuis plus de dix ans en qualité de médecins traitants, sont enclins à prendre parti pour leur patient à la faveur de la relation de confiance qui les lie. On relèvera à cet égard que dans leur premier rapport médical à l'attention de l'OAI dans le cadre de la procédure de révision, ces deux praticiens n'ont fait état d'aucun élément objectif nouveau permettant de conclure à une aggravation importante de l'état de santé de leur patient. Ce n'est que dans un second temps, après que l'intimé ait rendu son projet de décision, puis dans la procédure de recours, que les Drs V._____ et L._____ ont fait état d'une péjoration de l'état de santé de leur patient. A cela s'ajoute que l'appréciation de ces médecins contient des contradictions intrinsèques, notamment au niveau de la survenance et du taux de l'incapacité de travail. Par ailleurs, durant la procédure de révision, les médecins traitants ont réitéré la position qu'ils avaient adoptée au cours de la procédure d'examen initial du droit à la rente, en faisant état d'une totale et définitive incapacité de travail. Or cette évaluation a déjà été écartée par la juridiction cantonale au cours de la première procédure judiciaire (AI 275/09 – 146/2011).

- 39 - d) Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales que l'état de santé du recourant n'a pas subi d'aggravation importante au sens de l'art. 17 LPGA depuis les décisions d'octroi de trois-quarts de rente des 1er mai et 24 juillet 2009, propre à modifier sa capacité de travail résiduelle de manière à influencer le degré d'invalidité et à permettre l'octroi d'une rente entière. C'est donc à bon droit que l'OAI s'est rallié aux conclusions du SMR, confirmant le maintien d'un trois quarts de rente. e) Le complément d'instruction sous forme d'expertise bidisciplinaire requis par le recourant ne se justifie pas. En effet, si l'administration 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 prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464, consid. 4a ; TF 8C _361/2009 du 3 mars 2010, consid. 3.2 et les références citées). Le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige ; les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. La demande d'expertise pluridisciplinaire doit donc être rejetée. 5. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision rendue le 8 mars 2013 par l'OAI confirmée. 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 1000 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

- 40 - à 400 fr. et mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA- VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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