

VD_GERICHTE ZD14.044108 vom 30. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.044108

FR: VD_GERICHTE ZD14.044108 du 30 juin 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.044108 del 30 giugno 2015

Erwägungen

E. 26

octobre 2010 confirmée par l'arrêt du 28 janvier 2013 de la Cour des assurances sociales, et qu'en conséquence son préjudice économique était inchangé (2%). Par décision du 1er octobre 2014, l'OAI a confirmé ce projet.

- 22 - E. Par acte du 3 novembre 2014, I._____, par son avocat, Me Aba Neeman, a formé recours contre la décision du 1er octobre 2014, devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants tendant à l'octroi, d'une part, d'une rente d'invalidité et, d'autre part, à la mise au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel. Pour le recourant, il est manifeste que l'OAI a fait fi de l'aggravation de son état de santé, laquelle est attestée par le Dr X._____, et qu'il s'est basé sur un dossier incomplet et non actuel. Selon le recourant, on ne saurait en particulier retenir, comme l'a fait le Dr K._____, que son état de santé psychique ne s'est pas aggravé par rapport à la situation qui prévalait au moment du consilium psychiatrique réalisé par le Dr W._____ le 27 novembre 2008. En effet, alors que ce dernier médecin n'avait pas mis en évidence de « psychopathologie notoire, sinon un sentiment d'insécurité », le Dr X._____ a posé plusieurs diagnostics psychiatriques, à savoir un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère, un trouble somatoforme douloureux avec somatisations, une modification durable de la personnalité à un syndrome algique chronique, chez une personne avec probable autre trouble de la personnalité (type psychotique) préexistant. Au vu de ces éléments, le recourant est d'avis qu'il a droit à une mesure de reclassement professionnel ainsi qu'à une rente d'invalidité dès lors que son taux d'incapacité de travail est supérieur à 40%. Dans sa réponse du 19 janvier 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant et se ralliant à l'avis du Dr K._____ du SMR du 15 novembre 2013, selon lequel aucun fait déterminant nouveau, qui n'aurait pas été pris en considération dans la décision du 26 octobre 2010, ne peut être constaté au plan psychiatrique. E n d r o i t :

- 23 - 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 la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.20) (art. 1 LAI). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (cf. art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et dans le respect des autres conditions formelles

prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable en la forme, de sorte qu'il y lieu d'entrer en matière au fond. 2. En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité (rente et mesures de réadaptation), en particulier sur l'évaluation de la capacité de travail à laquelle a procédé l'OAI, à la suite de la nouvelle demande déposée le 21 décembre 2012. 3. 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 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

- 24 - 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 si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). 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 (art. 16 LPGA). b) L'art. 8 al. 1 LAI pose le principe de l'octroi, en faveur des assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente, de mesures de réadaptation nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer ou à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage. Selon l'art. 8 al. 3 let. b LAI, les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel au sens de l'art. 15 à 18 LAI. c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se fonde 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 et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

- 25 - d) 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF

9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 134 V 231 consid. 5.1 et ATF 125 V 351 consid. 3a ; cf. TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). e) Il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Toutefois, le Tribunal fédéral a 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 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 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 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6) (voir

- 26 - également TF 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3 ; TF 9C_737/2012 du 19 mars 2013 consid. 2.3). f) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les

- 27 - faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). 4. Aux termes de l'art. 87 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) (teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2012), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). Les exigences découlant de cette réglementation doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 68 consid. 5.2.3 et 117 V 200 consid. 4b avec les références ; TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 2). A cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (cf. ATF 112 V 371 consid. 2b ; cf. TFA I 716/03 du 9 août 2004 consid. 4.1).

- 28 - Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles ; si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif (ATF 109 V 108 consid. 2b ; TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.2 et TF 9C_316/2011 du 20 février 2012 consid. 3.2). Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b ; TFA I 490/03 du 25 mars 2004 consid. 3.2 in fine). Dans une telle situation, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPG, si entre la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 et ATF 130 V 71 consid. 3.2 ; TF 9C_307/2008 du 4 mars 2009, consid. 3 et les références citées). Si l'administration constate que l'invalidité ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. Sinon, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité donnant droit à des prestations et statuer en

conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (TFA I 238/03 du 30 décembre 2003 consid. 2). 5. En l'occurrence, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par I. _____ le 21 décembre 2012 et a

- 29 - repris l'instruction de la cause, le Dr K. _____ ayant considéré, dans l'avis médical du 6 juin 2013, que le rapport du 8 janvier 2013 du Dr P. _____ contenait des éléments nouveaux aptes à justifier une instruction. Il convient dès lors d'examiner si l'état santé du recourant s'est modifié depuis la décision du 26 octobre 2010, confirmée par l'arrêt du 28 janvier 2013 de la Cour de céans, dans une mesure propre à justifier l'octroi de prestations de l'AI. a) Dans l'arrêt du 28 janvier 2013, la Cour des assurances sociales a confirmé qu'en raison des atteintes que I. _____ présentait aux épaules (à droite : tendinopathie du sus-épineux sur status post réparation de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec acromio-plastie et résection de la clavicule distale et status post infection profonde post-opératoire ; et à gauche : discrète bursite sous-deltaïdienne en relation avec un conflit sous-acromial, ainsi qu'une petite déchirure trans-tendineuse du sous-épineux, sans rétractation ni atrophie), sa capacité de travail était nulle dans son ancienne activité professionnelle. Cependant, la Cour a confirmé qu'il disposait d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles telles que décrites par le Dr O. _____, à savoir toute activité ne demandant pas de gestes au-dessus du niveau des épaules, d'effort, de mouvement répétitif ou en force des membres supérieurs et ceci sans limitation de temps ni de rendement. La Cour a précisé que l'évolution postérieure au rapport du Dr Q. _____ du 17 mars 2009 ne modifiait en rien cette appréciation, l'OAI ayant à juste titre considéré que les atteintes constatées à l'épaule gauche n'entraînaient pas, en 2010, de limitations supplémentaires par rapport à celles constatées précédemment par le médecin d'arrondissement de la CNA, comme cela ressortait des avis de juillet et octobre 2010 du Dr C. _____ du SMR. Au plan psychiatrique, la Cour n'a pas retenu d'incapacité de travail et considéré qu'un complément d'instruction n'était pas nécessaire, puisque le consilium psychiatrique effectué par le Dr W. _____ en novembre 2008 n'avait pas conduit à poser un diagnostic psychiatrique ni à une prise en charge spécifique.

- 30 - b) aa) Dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI à la suite de la nouvelle demande du 21 décembre 2012, le Dr X. _____, psychiatre traitant de l'assuré depuis le 24 mai 2011, a posé les diagnostics, ayant un effet sur la capacité de travail, de trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère (F43.2), de trouble somatoforme avec somatisations (F45) et de modification durable de la personnalité liée à un syndrome algique chronique (F62.8) chez une personne avec probable autre trouble de la personnalité (type psychotique) préexistant (F60.8). Il a précisé que ces atteintes existaient depuis 2008 et que le trouble de la personnalité était même antérieur. L'OAI, en se fondant sur l'avis médical du Dr K. _____ du SMR du 15 novembre 2013, a considéré que la décision du 26 octobre 2010 prenait déjà en compte les plaintes psychiques de l'assuré, puisque selon le Dr X. _____ ces atteintes existaient déjà en janvier 2009, lors du consilium psychiatrique du Dr W. _____, lequel n'avait pas mis en évidence de psychopathologie notoire, si ce n'est un sentiment d'insécurité. Or, même si le Dr X. _____ a mentionné que les atteintes psychiques étaient présentes depuis 2008, on ne saurait en déduire, comme semble le faire le Dr K. _____ – qui n'a au demeurant procédé à aucun examen clinique de l'assuré et n'est pas psychiatre – que les éléments mis en évidence par le Dr X. _____ sont simplement une appréciation différente d'un état de santé qui prévalait déjà lors du

consilium psychiatrique réalisé par le Dr W. _____ en novembre 2008. En effet, le Dr X. _____ a également expliqué, dans l'anamnèse, que l'assuré lui avait été adressé par son médecin traitant en mai 2011 seulement alors qu'il présentait une symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire et retrait régressif à domicile avec symptômes psychotiques (perplexité, mélancolie). A cette occasion, il apparaît, à la lecture du rapport du Dr X. _____, qu'un traitement antidépresseur a été prescrit ou augmenté. Dans le courant de l'année 2012, un traitement neuroleptique complémentaire a dû être introduit, en raison de la persistance de difficultés de sommeil et d'angoisses diurnes puis de l'apparition d'idées persécutives et d'intrusion. Il ressort également du rapport du Dr X. _____ que l'assuré est suivi régulièrement lors

- 31 - d'entretiens psychiatriques mensuels et des bilans de réseau semestriels, sans changement. Au moment du rapport, le Dr X. _____ a expliqué que même si son patient n'avait plus d'idées suicidaires, et que la thymie s'était améliorée grâce au traitement antidépresseur, un fonctionnement psychotique sous-jacent avait été révélé. Ainsi, le patient présentait des moments de perplexité fréquents, des vécus d'intrusion par l'altérité, des angoisses de mort, des douleurs constantes malgré une prise régulière du traitement médicamenteux antalgique et antidépresseur et vivait la majorité du temps reclus à domicile. Le Dr X. _____ a par ailleurs fait un pronostic défavorable, son patient étant complètement anosognosique des aspects psychiques de ses troubles, lesquels ne sont médiatisés que par une expression corporelle de douleur permanente. Il a recommandé la poursuite de la médication antidépressive et anxiolytique ainsi que le suivi par le médecin traitant, vu l'incurabilité psychique actuelle. Force est de constater que ces éléments rendent vraisemblable une aggravation importante – propre à influencer le droit à des prestations d'invalidité – de l'état de santé psychique du recourant dans le courant de l'année 2011, par rapport à la situation qui prévalait jusqu'au moment de la décision d'octobre 2010. En effet, il y a lieu de reconnaître une certaine valeur probante au rapport du Dr X. _____ car ce dernier suit régulièrement le recourant depuis mai 2011 et est donc à même d'attester son état psychique et son évolution. Le rapport du Dr X. _____ tient par ailleurs compte de l'anamnèse, des plaintes du recourant et est bien étayé. Cependant ce rapport manque de précision au sujet de la gravité exacte des troubles psychiques du recourant ainsi que leur influence sur sa capacité de travail. Ces points doivent par conséquent faire l'objet d'un complément d'instruction, sous la forme d'une expertise. Vu l'absence d'instruction sur les éléments précités en procédure administrative, l'expertise sera mise en œuvre par l'OAI conformément à l'art. 44 LPGA, étant donné qu'il lui appartient au premier chef d'instruire, vu le principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA). bb) Il convient encore de relever que s'agissant de l'état de santé physique du recourant, la situation ne paraît pas s'être modifiée de

- 32 - façon à influencer le droit à des prestations de l'AI, par rapport à ce qui prévalait au moment de la décision du 26 octobre 2010. Le recourant ne le soutient par ailleurs pas. Ainsi, en particulier, la problématique des épaules ne s'est pas modifiée notablement, comme cela ressort du rapport du 31 janvier 2012 du Dr J. _____, dans lequel il explique qu'il n'y a pas de pathologie mécanique très importante ni à l'épaule droite ni à l'épaule gauche ; vu la persistance des douleurs rapportées par I. _____, le Dr J. _____ l'a néanmoins adressé au Dr F. _____, neurologue, en émettant l'hypothèse d'un problème autour de la racine de C5. Or, le Dr F. _____ a effectué des examens clinique et électroneuromyographique qui n'ont donné aucun argument pour une atteinte radiculaire ou

tronculaire sous- jacente, susceptible d'expliquer les plaintes du recourant (voir également le rapport du 18 juillet 2012 du Dr N. _____ au Dr P. _____). 6. a) Vu ce qui précède, le recours est admis, la cause étant renvoyée à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise psychiatrique conformément à l'art. 44 LPGA et qu'il statue à nouveau. 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 judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI qui succombe. c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu d'arrêter à 2'300 fr. et de mettre à la charge de l'OAI (art. 55 al. 2 LPA-VD), cette somme couvrant celle revenant à l'avocat d'office.

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