

# **VD\_GERICHTE ZD16.000690 vom 5. Juli 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-07-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD16.000690](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.000690)

FR: VD\_GERICHTE ZD16.000690 du 5 juillet 2016

IT: VD\_GERICHTE ZD16.000690 del 5 luglio 2016

## **Erwägungen**

### **E. 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 compte tenu des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), 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.

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son - 25 - ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque des points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) Le litige porte sur le droit du recourant à une rente d'invalidité, en particulier sur l'évaluation de sa capacité de travail.

### **E. 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 art. 4 al. 1 LAI). Selon 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 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 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. Selon la jurisprudence, les facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire qu'un substrat médical pertinent entrave la capacité de travail (et de gain) de manière importante et soit à chaque fois mis en évidence par un médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et

- 26 - imprègnent l'anamnèse, plus le diagnostic médical doit préciser si l'atteinte à la santé psychique équivaut à une maladie. Il ne suffit donc pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes relevant de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que celui-ci comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels qu'une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable et non une simple humeur dépressive. En définitive, une atteinte psychique influençant la capacité de travail de manière autonome est nécessaire pour que l'on puisse parler d'invalidité. Tel n'est en revanche pas le cas lorsque l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments trouvant leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial (ATF 127 V 294 consid. 5a p. 299 sv. ; cf. TF I 797/06 du 21 août 2007 consid. 4). b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a le droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins. La rente d'invalidité est échelonnée selon le taux d'invalidité : 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, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins (art. 28 al. 2 LAI). Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG (art. 29 al. 1 LAI). c) Pour évaluer le taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative, il faut comparer le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité), avec le celui qu'il pourrait

- 27 - obtenir en exerçant l'activité qui peut être raisonnablement exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu de la personne invalide) (art. 16 LPG et art. 28a al. 1 LAI). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (cf. ATF 125 V 256 consid. 4 et ATF 115 V 133 consid. 2 ; cf. TF 8C\_406/2012 du 6 juin 2013 consid. 2 et les références citées). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un

jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis 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 plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (cf. ATF 126 V 353 consid. 5b). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux 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 exprimées par 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 et 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

- 28 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_236/2015 du 9 décembre 2015 consid. 4 et les références).

#### **E. 4**

En substance et à titre principal, le recourant est d'avis que l'OAI n'a pas pris en compte ses atteintes physiques et psychiques à leur juste mesure et qu'il n'est pas capable d'exercer quelque activité que ce soit. a) Il n'est pas contesté que le recourant ne peut plus exercer son activité habituelle de garagiste indépendant en raison de son état de santé, et ce à juste titre vu les rapports médicaux concordants à cet égard (cf. notamment avis médical SMR du 19 mars 2014, rapport du 18 septembre 2014 du Dr L. \_\_\_\_\_, rapport d'examen clinique du SMR du 16 novembre 2015). b) Cela étant, l'OAI considère qu'à l'issue du délai de carence d'une année, soit le 15 septembre 2014, le recourant a recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité sans port de charges, ni position en porte-à-faux, ni travail en zone basse, ni déplacement sur terrain accidenté, avec alternance des positions et dans un milieu rassurant et calme. L'office s'est principalement fondé sur le rapport d'examen clinique réalisé au SMR le 15 septembre 2015 par le Dr G. \_\_\_\_\_ et la Dresse D. \_\_\_\_\_. aa) Pour évaluer la capacité de travail au plan physique, le Dr G. \_\_\_\_\_ s'est basé sur une anamnèse complète et a pris en compte les plaintes de l'assuré, expliquant notamment que ce dernier ne travaillait plus depuis le 16 mars 2013, date où il avait fait une chute d'une échelle de deux mètres sur une barre métallique, se percutant le dos. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que trois jours après l'accident, l'intéressé avait ressenti de fortes douleurs au niveau lombaire et qu'elles étaient devenues de plus en plus importantes avec le temps ; à la date de l'examen, elles s'étendaient de la région lombaire à la région cervicale. L'assuré présentait également des douleurs et des fourmillements sur la

- 29 - face externe de la cuisse gauche avec perte de sensibilité, des lâchages du membre inférieur gauche à la descente d'escaliers et des difficultés à dormir. Le médecin a également réalisé un examen clinique et s'est fondé sur le dossier radiologique de l'assuré (en particulier les IRM des 22 octobre 2013, 30 juin 2014 et 2 septembre 2015 réalisées par le Dr T. \_\_\_\_\_) pour poser ses diagnostics et évaluer la capacité de travail de l'assuré. Le rhumatologue a ainsi retenu, comme l'ensemble de ses confrères (voir notamment rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 1er février 2014 et rapport des Drs L. \_\_\_\_\_ et W. \_\_\_\_\_ du 7 avril 2014), que l'assuré présentait de discrètes discopathies L3-L4 et L4-L5 avec déchirure annulaire au niveau L4-L5, ainsi que des séquelles de maladie de Scheuerman, avec une hernie de Schmorl du plateau supérieur de L4 avec composante d'œdème, présente dès la 1ère IRM d'octobre 2013. Le spécialiste a ainsi tenu compte de ces diagnostics pour retenir

des limitations fonctionnelles d'épargne du rachis, lesquelles sont largement comparables à celles retenues par d'autres médecins (cf. rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 19 février 2014, rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2014, avis de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 11 novembre 2014). Compte tenu de ces limitations, qui n'étaient pas respectées dans l'activité de mécanicien indépendant, le Dr G. \_\_\_\_\_ a retenu une incapacité totale de travail dans cette activité. Par contre, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assuré, le médecin a estimé qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail, et que par conséquent, il convenait de considérer que sa capacité de travail était complète six mois après la contusion lombaire. Le Dr G. \_\_\_\_\_ a de plus constaté que l'assuré présentait une importante démonstrativité avec un comportement algique marqué et des signes de non organicité selon Waddel et Kummel. Tout en relevant que la psychiatre avait retenu un diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques non invalidant, le Dr G. \_\_\_\_\_ a estimé que c'était en définitive ces éléments qui expliquaient l'évolution défavorable de la situation de l'assuré, répétant qu'il n'existait pas de raison physique à ce que l'assuré ne puisse pas effectuer une activité adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéo-articulaire.

- 30 - Vu ce qui précède, les conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ sont claires et dûment motivées, reposent sur une anamnèse complète et détaillée, un examen clinique de l'assuré, et prennent en compte les indications subjectives de ce dernier. Il y a dès lors lieu de conférer pleine valeur probante à son appréciation. On relèvera en outre qu'elle est corroborée par celle du Dr L. \_\_\_\_\_ qui avait posé, dans son rapport du 18 septembre 2014, un pronostic bon à long terme au plan strictement somatique mais relevé que le patient était très stressé, présentait de multiples auto-limitations, et se trouvait dans un contexte psychosocial difficile. Or, il convient de rappeler que selon la jurisprudence, des facteurs psychosociaux et socioculturels ne constituent pas des atteintes à la santé entraînant une incapacité de gain au sens de l'art. 4 LAI (cf. supra consid. 3a). De plus, le Dr L. \_\_\_\_\_ avait lui aussi considéré que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assuré pouvait être considérée comme complète. Quant au Dr V. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 5 novembre 2015 produit par le recourant, il ne pose pas de diagnostic différent de ceux retenus par les médecins ayant précédemment examiné l'assuré. Le status ne diffère pas non plus fondamentalement de celui observé par le Dr G. \_\_\_\_\_. Par ailleurs le Dr V. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail du recourant, ne faisant qu'envisager les mesures qui pourraient le soulager ; à cet égard, si le médecin a relevé que ce dernier se disait prêt à consulter le Dr N. \_\_\_\_\_ pour une prise en charge pluridisciplinaire intense qu'il avait précédemment refusée, cette seule circonstance ne saurait justifier un complément d'instruction comme il le requiert, ni ne permet de faire douter des conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_. En effet, il apparaît qu'une telle prise en charge ne modifierait pas significativement la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, mais ne permettrait qu'une amélioration de ses capacités fonctionnelles (cf. en ce sens rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2014). Les rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation de la capacité de travail au plan physique retenue par le Dr G. \_\_\_\_\_. En effet, d'une part, l'aggravation de l'état de santé et l'incapacité totale de travail de l'assuré dans toute activité dont fait état

- 31 - le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 mai 2014 à l'OAI paraissent essentiellement fondées sur les plaintes du recourant, puisque l'IRM réalisée le 30 juin 2014 conclut à une

situation inchangée de la pathologie physique, tout comme l'IRM du 2 septembre 2015. De plus, les rapports du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne mentionnent pas que l'assuré présente un stress important et des auto-limitations, éléments qui ont été relevés par la plupart des autres somaticiens et jouent selon toute vraisemblance un rôle dans la présentation du tableau clinique (cf. supra et rapport du 22 janvier 2014 du Dr R. \_\_\_\_\_ in fine). Quant aux divers certificats médicaux du Dr Z. \_\_\_\_\_ attestant la poursuite de l'incapacité totale de travail notamment à compter du 1er octobre 2015, de même que son courrier du 11 février 2016 au conseil du recourant, ils ne sont pas suffisamment motivés pour faire douter des conclusions du rapport du Dr G. \_\_\_\_\_ et de celui du Dr L. \_\_\_\_\_ susmentionné. Enfin, on ne saurait considérer déterminantes les observations de M. S. \_\_\_\_\_ (rapport du 7 septembre 2015) qui fait état de difficultés importantes à la marche (« même avec l'aide de physiothérapie, il a de la peine à avoir une amélioration au niveau de la marche suite douleurs dorsale (Hanches, Genoux pieds), il s'appuie sur les murs pour marcher à l'intérieur. Il est accompagné par son épouse pour chaque déplacement à intérieure et extérieur »). En effet, le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a pas observé de telles difficultés (cf. rapport du 16 novembre 2015 : « L'assuré marche bien seul ne doit pas s'appuyer au mur, à certains moments la démarche est rapide »). bb) Au plan psychiatrique, le recourant considère que ses troubles n'ont pas été pris en compte à leur juste mesure, alléguant que ceux-ci sont « indéniables, d'importance et très certainement invalidants ». Pour apprécier la capacité de travail au plan psychiatrique, l'OAI s'est fondé sur l'examen réalisé par la Dresse D. \_\_\_\_\_ kx du SMR. Celle-ci a retenu que l'assuré ne présentait « aucune pathologie psychiatrique grave » retenant uniquement un trouble de l'adaptation

- 32 - avec perturbation des autres émotions depuis l'accident et par conséquent « aucune incapacité de travail pour raison psychiatrique ». Outre que l'on ignore à quels troubles « indéniables » le recourant se réfère, l'on constate que la psychiatre, lors de son examen clinique a bien noté que l'assuré présentait quelques troubles de la concentration, sans troubles de la mémoire. Elle a aussi relevé qu'il avait des troubles de la lignée anxieuse « dans le cadre de sa situation financière », lesquels n'atteignaient toutefois pas l'ampleur d'un état d'anxiété généralisée comme l'avait retenu la psychiatre traitante, la Dresse K. \_\_\_\_\_, ou celle d'une phobie sociale - puisque l'assuré expliquait pouvoir faire ses courses et sortir avec son épouse ; la Dresse D. \_\_\_\_\_ a encore exclu des accès de panique (anamnestiquement ou en cours d'examen). Elle n'a en outre pas constaté d'épisode dépressif majeur, expliquant que l'assuré ne présentait pas un net abaissement de la thymie, mais qu'il était surtout en colère contre sa situation actuelle et contre ce qu'il considérait comme un manque d'efficacité du corps médical. L'on ne pouvait par ailleurs pas parler d'un abaissement net du dynamisme, dès lors que même si l'intéressé avait une vie sociale réduite, il continuait de s'occuper de ses enfants, de sortir régulièrement et d'avoir une bonne intégration familiale. Il ne présentait pas de sentiment de culpabilité, ni de variation pondérale majeure. S'il souffrait de troubles du sommeil, ayant un sommeil de mauvaise qualité, cela devait être mis en relation avec le manque d'activité durant la journée. En définitive, la Dresse D. \_\_\_\_\_ constate que l'assuré souffre d'un trouble d'adaptation avec perturbation des autres émotions depuis son accident, non invalidant. Ainsi, les conclusions de la Dresse D. \_\_\_\_\_ kx sont claires et convaincantes, prennent en compte les plaintes de l'assuré et reposent sur une anamnèse complète. La psychiatre du SMR a également discuté des points litigieux importants, prenant en compte en particulier l'avis divergeant de la Dresse K. \_\_\_\_\_ et expliquant de manière probante pourquoi elle s'en est distancié. L'appréciation de la Dresse D. \_\_\_\_\_ remplit donc les critères

jurisprudentiels permettant de lui conférer pleine

- 33 - valeur probante. Le grief du recourant selon lequel ses troubles n'ont pas été pris en considération à leur juste mesure n'est donc pas fondé. Le rapport du 7 septembre 2015 de M. S. \_\_\_\_\_ ne permet pas de remettre en cause l'appréciation de la Dresse D. \_\_\_\_\_ kx. En effet, d'une part, ce dernier a énuméré plusieurs symptômes du registre psychiatrique, sans toutefois réellement apprécier leur gravité ou indiquer dans quelle mesure ou pour quelle raison ils auraient valeur d'une maladie incapacitante. Or, la psychiatre du SMR a procédé de manière convaincante à une telle évaluation, prenant en compte par ailleurs la plupart des symptômes décrits par l'infirmier (cf. le rapport SMR du 16 novembre 2015, pp. 14-15). D'autre part, la Dresse D. \_\_\_\_\_ qui est un médecin spécialisé en psychiatrie, apparaît plus à même d'apprécier la situation médicale de l'assuré, que M. S. \_\_\_\_\_, qui est infirmier (cf. TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.2.3 et les références). cc) En définitive, la situation médicale est établie au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base du rapport convaincant du Dr G. \_\_\_\_\_ et de la Dresse D. \_\_\_\_\_, de sorte que leurs conclusions doivent être suivies. La Cour de céans est ainsi convaincue, par appréciation anticipée des preuves, que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (cf. TF 9C\_440/2008 du 5 août 2008, TFA U 193/02 du 3 décembre 2002 consid. 1.2 et les références). Il n'y a donc pas lieu de mettre en oeuvre une expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique et antalgique) comme le requiert le recourant. c) Le recourant fait encore grief à l'OAI de ne pas avoir précisé quelle activité il pourrait exercer « dans un milieu rassurant et calme », relevant que de toute manière seule une activité en milieu protégé est envisageable. Or, contrairement à ce que soutient le recourant, il ressort de son dossier AI qu'un spécialiste en réadaptation a donné des exemples plus précis d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles que le

- 34 - simple renvoi à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS), à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple montage, contrôle et surveillance d'un processus de production, ouvrier à l'établi dans des activités simples et légères, ouvrier dans le conditionnement (cf. rapport du 20 novembre 2014). En outre, vu que le rapport d'examen clinique du SMR du 16 novembre 2015 conclut à l'absence d'atteinte psychiatrique avec répercussions sur la capacité de travail, la limitation fonctionnelle retenue par l'OAI selon laquelle l'assuré devrait œuvrer dans un milieu « rassurant et calme » n'apparaît pas indispensable. Quoiqu'il en soit, la présence d'une telle limitation fonctionnelle ne permettrait pas de conclure, comme le soutient le recourant, que seule une activité en milieu protégé lui est accessible. En effet, pour fixer le revenu d'invalidé, la jurisprudence admet de se fonder sur le revenu auquel peuvent prétendre les assurés effectuant des activités simples et répétitives (TA1, niveau 4 de qualification) selon l'ESS, lorsqu'ils ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est en effet suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; TF 9C\_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1 ; TFA I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). En l'occurrence, l'affection touchant le recourant n'est pas de nature à remettre en

cause le bien-fondé de ce raisonnement, car ses limitations fonctionnelles concernant l'épargne du rachis n'apparaissent pas particulièrement contraignantes, que soient comprises ou non les limitations d'ordre psychique précitées.

#### **E. 5**

a) Vu ce qui précède, les griefs du recourant sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse.

- 35 - 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 (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, les frais sont fixés à 400 francs vu l'ampleur du litige (art. 69 al. 1bis, 2ème phrase, LAI) et mis à la charge du recourant qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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