

## **VD\_GERICHTE ZD18.045080 vom 5. November 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-11-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD18.045080](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.045080)

FR: VD\_GERICHTE ZD18.045080 du 5 novembre 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD18.045080 del 5 novembre 2019

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

février 2016. Compte tenu de la persistance des douleurs, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait procéder à un examen par arthro-CT du genou droit le 18 mars 2016, dont il est ressorti un défaut cartilagineux sur une pastille centimétrique sur le bord médial de la trochlée fémorale juste à la hauteur de la fracture du condyle médial (grade IV) avec géode sous chondrale associée. Ledit examen avait encore permis de constater que les ligaments croisés avaient un aspect continu, que l'assuré présentait une enthésopathie calcifiée à l'insertion fémorale proximale du ligament interne et qu'il n'y avait pas d'autre lésion cartilagineuse visible au niveau des compartiments fémoro-tibiaux interne et externe ni de déchirure

- 3 - méniscale décelable. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a adressé son patient au Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a posé le 20 avril 2016 les diagnostics de fracture-impaction antéro-médiale du fémur droit et de syndrome fonctionnel massif. Le Dr D.\_\_\_\_\_ a constaté que le patient ne se mobilisait absolument pas, son genou restant figé, qu'il ne parvenait pas à poser le pied sans se décharger avec les cannes et que le moindre contact avec le genou provoquait des douleurs. Dr D.\_\_\_\_\_ a également relevé que la lésion cartilagineuse se trouvait sur le versant antéro-médial qui était à peine ou pas en contact avec la rotule. Il estimait qu'aucun traitement chirurgical n'entraînait en ligne de compte et a préconisé un séjour à la R.\_\_\_\_\_ (ci-après : R.\_\_\_\_\_). La CNA a pris en charge le cas et mis en place un séjour à la R.\_\_\_\_\_ du 24 mai au 14 juin 2016. Une radiographie des genoux effectuée le 31 mai 2016 a mis en évidence une arthrose fémoro-patellaire bilatérale, plus importante à gauche, ainsi qu'une calcification linéaire en surprojection du versant fémoral du ligament collatéral interne à droite. Durant son séjour, l'assuré a également bénéficié d'un traitement de physiothérapie ainsi que d'une consultation orthopédique le 13 juin 2016 auprès du Dr P.\_\_\_\_\_. Ce médecin a observé que l'intéressé se trouvait au décours d'un choc direct violent avec une lésion osseuse et cartilagineuse, que ces lésions étaient de mauvais pronostic, qu'elles guérissaient lentement et qu'elles génèrent longtemps des douleurs, parfois jusqu'à plus de douze mois. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a précisé qu'il ne préconisait pas d'intervention chirurgicale, mais tout au plus éventuellement une infiltration de corticoïdes. Dans un rapport de synthèse du 14 juin 2016, les Drs K.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_, respectivement cheffe de clinique adjointe et médecin-assistant à la R.\_\_\_\_\_, ont retenu le diagnostic de traumatisme au niveau du genou droit avec fracture/impaction du condyle interne le 4 février 2016 et d'arthrose fémoro-patellaire bilatérale. Ils ont notamment émis les observations suivantes : « Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquent que partiellement par les lésions objectives constatées pendant le séjour.

- 4 - Des facteurs contextuels influencent négativement les aptitudes fonctionnelles rapportées par le patient telle que kinésiophobie et une catastrophisation chez un patient avec des traits de personnalité anxieuse, un comportement douloureux et auto-limitant, avec de plus l'absence de maîtrise de la langue française et de formation. Pendant le séjour, le patient a suivi les prises en charge ci-dessous (cf. rapports annexés) : - Physiothérapie - Psychosomatique Sur le plan du traitement antalgique le patient a été traité par Dafalgan 1g en réserve, pris de façon très sporadique. Il n'y a pas d'évolution significative subjective ou objective (cf. rapports et tests fonctionnels). La participation du patient aux thérapies a été considérée comme moyenne. Le patient était présent et ponctuel en thérapie, mais il était à tel point centré sur sa douleur et son handicap qu'un plan thérapeutique efficace a été difficile à mettre en place. Des incohérences ont été relevées, surtout entre son comportement en thérapie, lors des tests fonctionnels, et son comportement hors des thérapies. Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes sont retenues : longs déplacements, ports de charges lourdes, positions contraignantes pour le genou (accroupies et à genoux), positions debout prolongées, monter et descendre escaliers et échelles. La situation n'est pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles : la poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire en individuelle et en piscine, associé à un programme d'exercices à domicile, pourrait permettre d'améliorer les limitations fonctionnelles et la qualité de vie du patient. Une stabilisation médicale est attendue dans un délai d'environ 8 mois (un an après l'accident), compte tenu de la lésion osseuse et cartilagineuse qui peuvent avoir une guérison lente. Aucune nouvelle intervention n'est proposée. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité est défavorable au vu des facteurs médicaux et des facteurs non médicaux discutés ci-dessus. Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles ci-dessus est favorable. (...) INCAPACITE DE TRAVAIL DANS LA PROFESSION ACTUELLE DE MACON - 100% du 24.05.2016 au 14.07.2016 puis à réévaluer ». Dans un rapport du 5 août 2016 à la CNA, le Dr T. \_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution lentement favorable et a prévu une reprise du travail à 50% dès le 29 août 2016, précisant qu'il était prématuré d'envisager un

- 5 - changement d'activité. Le 30 août 2016, il prolongé l'arrêt de travail à 100%. L'assuré a été examiné le 26 octobre 2016 par le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, lequel a confirmé les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la R. \_\_\_\_\_ et estimé que dans une activité adaptée, l'assuré avait recouvré une capacité de travail de 100%. Le case-manager de la CNA a rencontré l'assuré à son domicile le 18 novembre 2016. Il ressort du procès-verbal dressé à cette occasion que l'assuré ressentait toujours beaucoup de douleurs, que sa mobilité était très limitée, qu'il pouvait marcher à plat mais que les montées et descentes étaient difficiles et que son genou gonflait assez rapidement. L'assuré a également indiqué qu'il avait toujours travaillé comme maçon au Z. \_\_\_\_\_, qu'il était conscient de ne plus pouvoir travailler sur des chantiers, qu'il n'avait pas vraiment réfléchi à son avenir mais qu'en tous les cas, il pensait rentrer au Z. \_\_\_\_\_ dans quatre ou cinq ans en prenant son capital de prévoyance professionnelle, auquel s'ajouterait, espérait-il, une petite rente en raison de son accident. Par décision du 10 mars 2017, la CNA a alloué à l'assuré une rente d'invalidité de 15% dès le 1er avril 2017, estimant que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir une activité légère ne nécessitant pas de marches prolongées sur terrain irrégulier, pas de montées et descentes répétées d'escaliers, d'échelles ou d'échafaudages et pas de travaux en position accroupie ou debout (par exemple soudeur ou ouvrier dans une usine), l'assuré disposait

d'une pleine capacité de travail. La CNA a fixé le revenu que l'assuré serait en mesure de réaliser dans une activité adaptée à 60'181 fr. et le revenu qu'il aurait perçu sans accident à 70'468 francs. Elle a en outre mis fin à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières au 31 mars 2017.

- 6 - L'assuré s'est opposé à la décision précitée. Durant la procédure d'opposition, la CNA est entrée en possession des pièces médicales suivantes : - un certificat médical du 2 août 2016 du Dr T. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 100% du 14 juillet au 28 août 2016, suivie d'une reprise du travail à 50% dès le 29 août 2016, - un certificat médical du Dr H. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2017 selon lequel l'assuré se trouvait en totale incapacité de travail du 1er au 30 avril 2017, mais disposait d'une aptitude à 100% pour un travail léger, - un certificat médical du 28 avril 2017 Dr H. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 100% du 1er au 31 mai 2017. - un certificat du 30 juin 2017 du Dr H. \_\_\_\_\_ attestant une incapacité de travail de 100% dans l'activité de maçon et de 0% dans des activités légères, - un rapport du 3 juillet 2017 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et chirurgie orthopédique, - un rapport du 19 juillet 2017 de la Dre C. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie plastique reconstructive et esthétique. Se fondant notamment sur des avis complémentaires du Dr G. \_\_\_\_\_ des 11 octobre et 1er décembre 2017 maintenant ses conclusions du 26 octobre 2016, la CNA a confirmé sa position par une décision sur opposition du 12 décembre 2017. Cette décision sur opposition a été contestée dans le cadre d'une procédure de recours pendante devant la Cour de céans (cause AA 19/18). B. Entretemps, le 28 octobre 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison de son atteinte au genou droit.

- 7 - Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a fait verser à son dossier celui de la CNA et a interpellé le dernier employeur de l'assuré ainsi que son chirurgien traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_. Dans un rapport du 12 décembre 2016 à l'OAI, L. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré avait travaillé pour son compte du 5 novembre au 17 décembre 2015, puis du 1er février au 4 février 2016, à raison de 38 heures 75 par semaine, au tarif horaire de 38 fr. 73 (vacances, indemnités pour jours fériés et 13ème salaire compris). Dans un rapport du 15 décembre 2016 à l'OAI, le Dr T. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait suivi l'assuré jusqu'au 5 septembre 2016, qu'une tentative de reprise du travail à 50% en octobre (sic) 2016 s'était soldée par un échec, que l'intéressé présentait des gonalgies droites persistantes non compatibles avec son activité de maçon mais qu'une reprise du travail dans une activité sédentaire adaptée était possible dès le 5 septembre 2016, à un taux à définir entre 50 et 100% en fonction de la symptomatologie douloureuse. Le 16 février 2017, l'OAI a requis de la CNA la production des pièces nouvellement versées à son dossier. Par communication du 21 février 2017, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il lui accordait une aide au placement, prestation à laquelle l'intéressé a toutefois renoncé le 4 avril 2017. Par projet de décision du 27 mars 2017, l'OAI a signifié à l'assuré qu'il avait l'intention de rejeter sa demande de mesures professionnelles et de rente, au motif qu'une pleine capacité de travail pouvait lui être reconnue dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Fixant le revenu sans invalidité à 38'674 fr. et le revenu d'invalidité à 60'528 fr. 38, l'OAI a retenu que l'assuré ne subirait pas de préjudice économique du fait du changement d'activité professionnelle requis par son état de santé.

- 8 - Le 12 mai 2017, représenté par Me Corinne Monnard Séchaud, l'assuré a fait part de ses objections à l'encontre du projet de décision précité, remettant en cause tant

l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail que le revenu sans invalidité retenus par l'OAI. Dans une écriture complémentaire du 20 juillet 2017, il a produit un rapport du Dr O.\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2017 à la CNA, dont il ressort les éléments suivants : « (...) A ce moment-là [red. : au jour de l'accident] des radiographies standard ont été faites, qui n'ont pas montré de lésion paraissant significatives, selon le radiologue. Il n'a pas relevé la très importante tuméfaction des parties molles clairement visible sur les clichés axiaux de rotules, il n'a pas poursuivi le raisonnement découlant de l'observation d'un important épanchement articulaire sur le cliché de profil (images 1 et 2). Une immobilisation avec une attelle a été introduite. Ensuite, les examens ont compris un complément avec un examen IRM, fait le même jour. Cet examen a été considéré comme illustrant une pathologie au niveau du condyle fémoral interne avec un enfoncement de 5mm, un important épanchement. Il n'a pas été repris dans la conclusion ni d'ailleurs les lésions sous-cutanées et la collection hémorragique sous-cutanée (images 3 et 4). Le cadre de l'analyse s'est fait ensuite sur le concept d'une pathologie chirurgicale éventuelle. Dans le cadre de cette pathologie, qui a été investiguée par arthro scanner, la discussion d'une réparation du cartilage a été évoquée puis refusée. Le Docteur D.\_\_\_\_\_ qui l'a reçu en consultation a considéré qu'il n'y avait pas d'indication opératoire en particulier compte tenu de l'état douloureux et de l'incapacité de mouvements constatés à ce moment. Il a relevé un syndrome fonctionnel massif. Il a été complètement scotomisé (ignorer, une réalité de sa conscience) la pathologie extra-articulaire largement illustrée par les images d'IRM. Le patient a été pris en charge à la clinique de rééducation de Sion, sur la proposition du Dr D.\_\_\_\_\_. Lors de ce séjour, il lui a été reproché de ne pas participer activement à un concept de rééducation. Il a été vu par le Docteur P.\_\_\_\_\_ qui dans son appréciation relève « ... ses lésions sont de mauvais pronostics... », ses observations sont éminemment pertinentes et n'ont manifestement pas été suffisamment prises en compte. Dans le diagnostic de la lettre de sortie de la R.\_\_\_\_\_, il n'est pas relevé la pathologie des parties molles, il n'est relevé que le concept de la pathologie osseuse. Le patient est ensuite retourné chez le premier chirurgien qui s'en était occupé. Le Docteur T.\_\_\_\_\_ a décidé de tenter une reprise du travail au mois de septembre qui s'est soldée par un échec. On

- 9 - observe également que la LS [lettre de sortie] de la R.\_\_\_\_\_ n'apprécie pas correctement le risque à moyen et long terme et ne procède pas à une annonce précoce à l'AI. Actuellement le patient présente toujours une limitation fonctionnelle de son membre inférieur droit. La démarche se fait toujours avec un genou légèrement fléchi une rotation externe du membre inférieur tel qu'elle est décrite à la R.\_\_\_\_\_. Il n'y a fondamentalement plus de traitement en cours. Le traitement de physiothérapie a été interrompu faute de financement. La situation sociale de ce patient est actuellement pour le moins très difficile. La persistance d'un état douloureux associé aux difficultés administratives influe, de manière évidente, négativement dans ce dossier. L'examen clinique est caractérisé par un état douloureux à la palpation superficielle et au passage de la sonde d'échographie sur le condyle fémoral interne. La flexion du genou est toujours limitée à 110°. Il n'y a pas de différence thermique significative. (...) L'analyse médicale n'a pas intégré le concept des lésions massives des parties molles antéromédiales, entre autres d'une lésion de la branche infra patellaire du nerf saphène interne. Il apparaît, si l'analyse est superficielle, une certaine différence entre l'état clinique et la fonction du membre inférieur. Cette différence est très souvent retrouvée dans les pathologies ayant intéressé les nerfs sensitifs. Dans le cas de Mr V.\_\_\_\_\_, il y avait aussi une lésion profonde intra-articulaire qui nécessite une reprise d'investigation. J'ai prévu une

consultation spécialisée avec le Dr C. \_\_\_\_\_ pour la gestion douloureuse de cette lésion neurogène. La consultation a confirmé la participation d'une lésion neurologique. Des propositions thérapeutiques seront formulées après cette consultation. En l'état la prise en charge médicale doit être reprise et un arrêt de travail à 100% dans son ancienne activité est encore présent ». Répondant aux questions posées par Me Monnard Séchaud, le Dr O. \_\_\_\_\_ a encore précisé que l'assuré présentait un état douloureux nécessitant une prise en charge, qu'il ne pouvait marcher normalement ni longtemps et que la question médicale de ce dossier avait été entachée de manquements et d'orientations mal choisies. Il a précisé que l'assuré avait un passé de maçon, activité qui ne demandait pas une dextérité manuelle.

- 10 - Le 10 août 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a demandé au Dr O. \_\_\_\_\_ à quelles dates il avait revu l'assuré après la consultation du 1er mai 2017 et pour quelles raisons orthopédiques la capacité de travail de l'assuré dans une activité légère respectant ses limitations fonctionnelles ne serait pas entière, sans baisse de rendement. Dans un rapport du 24 août 2017, le Dr O. \_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'avait pas revu le patient depuis la consultation du 1er mai 2017. Il a attesté une totale incapacité de travail dans le domaine de compétence de l'assuré et précisé qu'une capacité de travail dans une activité adaptée existerait probablement une fois le patient pris en charge médicalement. Dans un avis du SMR du 5 septembre 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré souffrait des séquelles d'un traumatisme du genou droit par fracture/enfoncement du condyle fémoral interne du genou droit avec lipo-hémarthrose et d'arthrose fémoropatélaire bilatérale visible sur l'imagerie radiographique et l'IRM. Le Dr X. \_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_ et a estimé que les limitations fonctionnelles arrêtées par le médecin d'arrondissement de la CNA intégraient l'ensemble des séquelles de l'accident et des autres problèmes de santé touchant le membre inférieur droit, tant au niveau ostéo-articulaire et cartilagineux qu'au niveau des tissus mous. Le Dr X. \_\_\_\_\_ a ainsi retenu que l'assuré avait recouvré dès le 27 octobre 2016 une pleine capacité de travail dans toute activité qui n'exigeait ni des marches prolongées en terrain irrégulier, ni l'usage répété d'échelles ou d'escaliers ni le travail en position accroupie ou à genou, l'exercice de son activité habituelle de maçon n'étant par contre plus exigible. Par nouveau projet de décision du 26 avril 2018, l'OAI a maintenu l'exigence d'une exigibilité à 100% dans une activité adaptée mais a modifié le revenu sans invalidité, qu'il a fixé à 70'648 francs. Compte tenu de ces éléments, le préjudice économique, de 15%, était toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité ou des mesures professionnelles.

- 11 - Le 6 juin 2018, l'assuré s'est opposé à ce nouveau projet. Il a fait grief à l'OAI d'avoir insuffisamment instruit son dossier, reprochant notamment au Dr X. \_\_\_\_\_ de ne pas avoir intégré les lésions massives des parties molles antéro-médiales, singulièrement la lésion de la branche infra patellaire du nerf saphène interne. L'assuré a en outre déploré que l'OAI n'ait pas mis en place un stage d'évaluation. Au plan économique, il a fait valoir compte tenu de sa situation personnelle, et notamment de son âge, il n'existerait quoi qu'il en soit pratiquement pas d'activité qui lui serait accessible sur le marché du travail, de sorte que les possibilités de travail retenues par l'OAI étaient irréalistes et ne pouvaient être qualifiées d'exigibles. A l'appui de sa contestation, l'assuré a produit le rapport adressé le 19 juillet 2017 à la CNA par la Dre C. \_\_\_\_\_. Ce médecin retenait les diagnostics de névrome des branches sensitives du nerf saphène droit post-traumatique et de status post

fracture impaction- contusion superficielle du condyle médial et perte de cartilage à ce niveau de 9mm (arthro IRM du 18 mars 2016). Au chapitre de l'anamnèse, la Dre C. \_\_\_\_\_ relevait que depuis l'accident, la flexion du genou droit était limitée, que l'assuré arrivait à marcher sur terrain plat mais avec beaucoup de peine sur terrain irrégulier, qu'il avait peu de douleur au repos mais qu'il ne trouvait pas la position pour dormir compte tenu de l'hypersensibilité de la peau sur la face interne du genou. Elle demandait à la CNA la prise en charge du traitement dudit névrome prévu le

#### **E. 4.1**

et 4.2). Procédant à une comparaison des revenus avec et sans invalidité en faisant une correcte application des règles susmentionnées, l'intimé est parvenu à la conclusion que le préjudice économique subi par le recourant est de 14,67%, qu'il convient d'arrondir 15%. Contrôlé d'office, ce calcul ne prête pas flanc à la critique et peut être confirmé. Le degré d'invalidité présenté par l'assuré, inférieur à 40%, ne suffit pas à ouvrir le droit à une rente d'invalidité. De même, dès lors qu'il n'atteint pas 20%, il ne permet pas la mise en œuvre de mesures professionnelles.

#### **E. 7**

Dès lors qu'il peut être exigé du recourant qu'il mette à profit une capacité de travail entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il convient d'examiner s'il subit, du fait du changement d'activité exigé par son état de santé, un préjudice économique lui ouvrant le droit à une rente d'invalidité de l'assurance-invalidité (cf. art. 16 LPGA). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 134 V 322, consid. 4.1 ; 129 V 222). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (TF 9C\_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

- 25 - Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1\_skill\_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222). L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la

nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit (éventuel) à la rente, soit en

- 26 - l'occurrence en avril 2017, date à laquelle l'état de santé du recourant est considéré comme stabilisé (ATF 129 V 222, consid. 4, 128 V 174, consid.

#### **E. 8**

a) Au vu des éléments précités, le recours doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.  
b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de la complexité de la cause, il y a lieu de fixer les frais de justice à 400 fr. et de les mettre à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Le recourant n'a pas droit à des dépens, dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA a contrario et art. 55 al. 1 LPA-VD a contrario).

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