

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 septembre 2009

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et M. Pittet, assesseurs
Greffier : M. Greuter

Cause pendante entre :

V. _____, à Vallorbe, recourant,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD (ci-après: OAI), à Vevey, intimé.

Art. 17 al. 1 LPGA; 88a RAI

E n f a i t :

A. a) V._____ (ci-après: le recourant), né le 3 mars 1972, célibataire, a travaillé aux CFF de 1990 à 1998; il a démissionné des CFF pour le 31 décembre 1998 afin de consacrer tout son temps à son activité de musicien (compositeur et batteur dans un groupe de musique électronique). Le 28 mars 2003, il a déposé une demande de prestations AI pour adultes, tendant à l'octroi d'une rente.

b) Dans un rapport médical du 8 avril 2003 adressé à l'OAI, le Dr K._____, spécialiste FMH en infectiologie, a indiqué que le recourant lui avait été adressé en mars 1999 par son médecin traitant, le Dr L._____ à [...], pour le suivi d'une infection HIV récemment découverte qui ne s'était jamais manifestée cliniquement à ce jour; une trithérapie serait probablement mise en route au courant de l'année 2003, avec nécessité de consultations rapprochées pour le réglage du traitement antirétroviral; la capacité de travail devrait alors être de l'ordre de 50%.

Dans un nouveau rapport médical à l'OAI du 24 août 2004, le Dr K._____ a indiqué qu'une trithérapie antirétrovirale avait été introduite en avril 2003 et avait démontré une efficacité manifeste, la charge virale n'étant plus détectable depuis le 18 novembre 2003; par contre, la trithérapie se montrait relativement toxique, notamment sur le plan digestif (nausées et vomissements) ainsi que neurologique (fatigue et dysphorie).

c) Dans un rapport médical du 22 août 2005 à l'OAI, le Dr K._____ a indiqué que depuis la modification du traitement antirétroviral en septembre 2004, l'évolution était tout à fait favorable, les effets secondaires ayant disparu et la réplication virale restant entièrement contrôlée; l'atteinte à la santé n'entraînait actuellement pas de limitations dans l'activité de musicien-compositeur, l'immunosuppression résiduelle n'entraînant pas de manifestations cliniques; il n'y avait pas de limitation à

la capacité de travail, dans quelque activité que ce fût, d'un point de vue infectiologique.

Dans un rapport médical complémentaire du 9 décembre 2005, le Dr K._____ a précisé à l'attention de l'OAI que le début de la diminution à 50% de la capacité de travail mentionnée dans son premier rapport du 8 avril 2003 pouvait raisonnablement être fixé au 19 novembre 2001, date de l'apparition de l'immunosuppression avec virémie élevée. Le traitement antirétroviral introduit le 16 avril 2003, qui avait entraîné une importante toxicité digestive et neurologique centrale, avait pu être adapté le 27 septembre 2004, et les effets secondaires n'avaient plus interféré avec la capacité de travail dès le 24 novembre 2004, date à laquelle on pouvait faire remonter la restitution complète de la capacité de travail. D'un point de vue strictement infectiologique, ces modifications de la capacité de travail étaient applicables tant à l'activité de musicien-compositeur qu'à celle d'employé CFF.

d) Dans un rapport d'examen du 12 janvier 2006, le SMR (Dresse B._____), se fondant sur les divers rapports du Dr K._____ résumés ci-dessus (cf. lettres A.b et A.c supra), a indiqué ce qui suit:

"Cet assuré a présenté une infection HIV découverte en 1999. Dès le 19.11.01, la capacité de travail exigible dans toutes activités étaient réduites (sic) à 50% en raison de l'apparition d'une immunosuppression avec virémie élevée et CD4 abaissés). L'évolution a été lentement favorable marquée surtout par des effets secondaires importants. Lors du changement de la trithérapie, le 27.09.04, l'évolution a été tout à fait favorable avec disparition complète des effets secondaires et disparition de l'immunosuppression (virémie indétectable et CD4 normalisés). Depuis le 24.11.04, la capacité de travail est entière dans toutes activités (y compris comme musicien ou employé des CFF).

Au vu de la bonne évolution sur le plan médical, des mesures professionnelles ne doivent pas être mises en place. C'est par choix que l'assuré a changé d'orientation professionnelle et ce n'est plus pour des raisons de maladie que le gain de cet assuré est quasi nul."

B. a) Par décision du 23 juin 2006, l'OAI, constatant que le recourant avait présenté depuis le mois de novembre 2001 une incapacité de travail de 50%, lui a reconnu le droit à une demi-rente fondée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 1^{er} novembre 2002, échéance du délai de

carence d'une année de l'art. 29 al. 1 let. b LAI. Toutefois, dès lors que la capacité de travail de l'intéressé était à nouveau entière dès le mois de novembre 2004, le droit à la demi-rente était supprimé au 28 février 2005, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé (art. 88a RAI).

b) Le recourant a formé opposition contre cette décision. Dans le cadre du traitement de cette opposition, la Dresse G._____, du Département de psychiatrie du CHUV, a établi le 22 février 2007 un bref rapport médical dans lequel elle exposait avoir constaté que le recourant avait des effets secondaires de sa médication actuelle, une dépression sous-jacente à son vécu et une dépendance au cannabis; ces troubles existaient depuis plusieurs années mais s'étaient aggravés au cours des deux dernières années.

Dans un rapport du 11 août 2008 à l'OAI, le Dr K._____ a attesté que le recourant était toujours régulièrement suivi à sa consultation pour son infection HIV. L'infection était toujours complètement silencieuse sur le plan clinique; le suivi immunologique et virologique montrait la réapparition d'une charge virale faiblement détectable ainsi que d'une importante variabilité du compte des lymphocytes CD4. Ces modifications biologiques restaient asymptomatiques et étaient sans conséquence sur la capacité de travail.

L'OAI a demandé un rapport médical complet au Département de psychiatrie du CHUV, lequel n'a toutefois pas été en mesure de répondre à cette requête. Il s'est en effet avéré que la Dresse G._____ n'avait vu le recourant qu'à deux reprises, la dernière consultation remontant au 20 novembre 2006.

c) Dans un avis médical du 5 janvier 2009, le SMR (Dr X._____) a exposé que bien qu'un rapport du 22 février 2007 (cf. lettre B.b supra) ait attesté la présence de troubles psychiatriques, aucune prise en charge spécifique n'avait été entreprise. Dans ce contexte et au vu de l'évolution favorable sur le plan infectieux, il n'y avait pas d'éléments médicaux nouveaux en faveur d'une aggravation de l'état de santé du

recourant. Dès lors, il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation de la capacité de travail faite dans le rapport d'examen SMR du 12 janvier 2006 (cf. lettre A.d supra).

d) Par décision sur opposition du 28 janvier 2009, l'OAI, rappelant les pièces médicales figurant au dossier, a maintenu que la capacité de travail du recourant était de 100% dès le 24 novembre 2004. Il a par conséquent rejeté l'opposition du recourant contre la décision du 23 juin 2006, qui devait être entièrement confirmée.

C. **a)** Le recourant a écrit le 24 février 2009 à l'OAI, en adressant copie de ce courrier à la Cour des assurances sociales, pour lui faire part de son désaccord complet avec la décision sur opposition rendue le 28 janvier 2009 par cet office.

Interpellé par le juge instructeur sur le point de savoir si ce courrier devait être considéré comme une demande de reconsidération ou comme un recours à la Cour des assurances sociales, l'OAI, par lettre du 20 mars 2009, a prié le juge instructeur de bien vouloir considérer la lettre du recourant du 24 février 2009 comme un recours contre la décision sur opposition du 28 janvier 2009.

Par courrier du 26 mars 2009, le juge instructeur a imparti au recourant un délai au 28 avril 2009 pour compléter son recours en indiquant ce qu'il demandait au Tribunal et en quoi il critiquait la décision attaquée.

b) Par acte du 25 avril 2009, le recourant rappelle qu'il est séropositif depuis 1998, en traitement depuis 2003 avec des hauts et des bas, et que l'atteinte physique s'accompagnait d'une atteinte mentale due à la difficulté d'accepter le diagnostic. Il expose ne pas comprendre en quoi son état de santé se serait amélioré de manière à justifier la suppression de la demi-rente qui lui avait été octroyée du 1^{er} novembre 2002 au 28 février 2005, son état physique étant le même en 2002, 2003, 2005 ou 2009. Le recourant demande ainsi au Tribunal de reconsidérer la

décision de l'OAI retenant une capacité de travail de 100% et de lui allouer une rente fondée sur une capacité de travail de 50% "pour pouvoir garder un certain équilibre mental et ne pas détruire tous les efforts mis en place jusqu'à aujourd'hui". Il fait valoir qu'il ne tiendrait pas le coup longtemps en travaillant dans un milieu qui ne lui convient pas et que son équilibre mental déjà fragile risque de sombrer; s'il n'a pas eu recours à un psychologue de manière régulière jusqu'ici - le psychologue rencontré à deux reprises ne lui ayant par ailleurs apporté aucune aide -, c'est parce qu'il a réussi à trouver un équilibre plus ou moins satisfaisant grâce à sa passion, la musique, qu'il ne lui serait plus possible de pratiquer en travaillant à 100%.

Le recourant s'est acquitté de l'avance de frais de 400 fr. qui lui a été demandée.

c) Dans sa réponse du 16 juin 2009, l'OAI propose le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. Il expose que les arguments développés par le recourant, lequel lui reproche en substance de lui avoir imputé une capacité de travail de 100%, ne sont pas de nature à remettre en cause sa position. En effet, il ressort du rapport d'examen du SMR du 12 janvier 2006 que la capacité de travail de l'intéressé est de 100% dans toute activité professionnelle, et dans son courrier du 9 décembre 2005, le Dr K. _____ précise que le recourant présente une pleine capacité de travail à partir du 24 novembre 2004.

d) Le recourant n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été donnée de fournir le cas échéant ses explications complémentaires et de produire toutes pièces éventuelles et présenter ses réquisitions (expertise, audition de témoins, etc.).

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1)

s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]) et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse manifestement supérieure à 30'000 fr.

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 ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413, consid. 2c; ATF 110 V 48, consid. 4a; RCC 1985 p. 53)

b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si la demi-rente d'invalidité allouée au recourant dès le 1^{er} novembre 2002 pouvait être supprimée au 28 février 2005 en raison d'une amélioration de l'état de santé et de la capacité de gain du recourant, ou si, comme le soutient ce dernier, elle devait être maintenue au-delà de cette date.

3. a) Aux termes de l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1^{er} *in fine* LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain du recourant 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.

Selon l'art. 16 LPGA (et auparavant selon l'art. 28 al. 2 aLAI [RO 1959 857]), pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que le recourant 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.

Conformément à la jurisprudence constante, toute personne qui demande des prestations de l'assurance-invalidité doit, préalablement, faire tout ce qu'on peut raisonnablement exiger d'elle afin d'atténuer autant que possible les conséquences de son invalidité; il incombe au recourant, fût-ce au prix d'un effort considérable, de diminuer le dommage résultant de son atteinte à la santé (ATF 113 V 22, RCC 1987 p. 458). Suivant les circonstances, l'obligation de réduire le dommage peut s'étendre aux domaines les plus divers (auto-réadaptation, changement de domicile, obligation de se soumettre à une mesure de réadaptation professionnelle ou médicale, etc.). Toutefois, on ne peut exiger du recourant que des mesures qui sont raisonnablement exigibles compte tenu de toutes les données objectives et subjectives (RCC 1985 p. 328; RCC 1987 p. 458).

Selon l'art. 28 al. 1 aLAI (teneur antérieure au 1^{er} janvier 2004 [RO 1987 447]), le recourant 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 et à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins. A partir du 1^{er} janvier

2004, un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière.

b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261, consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 261, consid. 4; 115 V 134, consid. 2; 114 V 314, consid. 2c; 105 V 158, consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TFA, I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1).

Le juge des assurances sociales 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. 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 125 V 351, cons. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1).

c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA). Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA et doit être examinée à l'aune de cette disposition (ATF 125 V 413, consid. 2d, et les références; VSI 2001 p. 157, consid. 2; cf. ATF 130 V 343, consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343, consid. 3.5; 113 V 275, consid. 1a; voir également ATF 112 V 372, consid. 2b, et 390, consid. 1b).

4. **a)** En l'espèce, il résulte des différents rapports médicaux du Dr K._____, spécialiste FMH en infectiologie, qui suit depuis mars 1999 le recourant en raison d'une infection HIV, que dès le 19 novembre 2001, la capacité de travail du recourant dans toutes activités était réduite à 50%

en raison d'une immunosuppression avec virémie élevée (rapports médicaux du Dr K. _____ du 8 avril 2003 et du 9 décembre 2005, cf. lettres A.b. et A.c supra). Une trithérapie antirétrovirale introduite le 16 avril 2003 a démontré une efficacité manifeste, la charge virale n'étant plus détectable depuis le 18 novembre 2003, mais elle a entraîné une importante toxicité digestive et neurologique centrale (rapports médicaux du Dr K. _____ du 24 août 2004 et du 9 décembre 2005, cf. lettres A.b et A.c supra). Le traitement antirétroviral a pu être adapté le 27 septembre 2004 et l'évolution a été tout à fait favorable, les effets secondaires ayant disparu et la réplication virale restant entièrement contrôlée; les effets secondaires n'ont plus interféré avec la capacité de travail dès le 24 novembre 2004, date à laquelle le recourant a recouvré, d'un point de vue strictement infectiologique, une pleine capacité de travail tant dans l'activité de musicien-compositeur que dans celle d'employé CFF (rapports médicaux du Dr K. _____ du 22 août 2004 et du 9 décembre 2005, cf. lettre A.c supra). Le recourant est toujours régulièrement suivi à la consultation du Dr K. _____ pour son infection HIV, laquelle est toujours complètement silencieuse sur le plan clinique; si le suivi immunologique et virologique montre la réapparition d'une charge virale faiblement détectable ainsi que d'une importante variabilité du compte des lymphocytes CD4, ces modifications biologiques restent asymptomatiques et sont sans conséquence sur la capacité de travail (rapport médical du Dr K. _____ du 11 août 2008, cf. lettre B.b supra).

Les rapports médicaux du Dr K. _____, émanant d'un spécialiste qui suit le recourant depuis le mois de mars 1999, reposent sur une connaissance complète de la situation du recourant sur le plan infectiologique, décrivent clairement le contexte médical et l'évolution de la situation sur le plan infectiologique, et leurs conclusions s'agissant des répercussions de cette situation sur la capacité de travail du recourant sont claires et parfaitement motivées. Ils remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et permettent à l'administration et au juge de statuer en pleine connaissance de cause en ce qui concerne l'état de santé du recourant sur

le plan infectiologique, d'autres mesures d'instruction sur ce plan n'apparaissant pas nécessaires.

C'est dès lors à bon droit que l'OAI a retenu, sur la base de ces rapports médicaux, que le recourant avait recouvré dès le 24 novembre 2004, du point de vue infectiologique, une pleine capacité de travail tant dans l'activité de musicien-compositeur que dans celle d'employé CFF. Dès lors que le recourant a recouvré une pleine capacité de travail tant dans son activité antérieure d'employé CFF, qui lui procurait un revenu annuel de presque 60'000 fr., que dans son activité actuelle de musicien et compositeur, qui ne lui procure pratiquement aucun revenu (cf. l'enquête économique pour les indépendants du 28 avril 2005), il ne saurait continuer de solliciter des prestations de l'assurance-invalidité pour financer des choix personnels au lieu de mettre en œuvre sa réelle capacité de gain.

b) Dans le cadre du traitement de l'opposition du recourant contre la décision du 23 juin 2006, la Dresse G._____, du Département de psychiatrie du CHUV, a établi le 22 février 2007 un bref rapport médical dans lequel elle exposait avoir constaté que le recourant avait des effets secondaires de sa médication actuelle, une dépression sous-jacente à son vécu, et une dépendance au cannabis; ces troubles existaient depuis plusieurs années mais s'étaient aggravés au cours des deux dernières années. Il n'a pas été possible d'obtenir du Département de psychiatrie du CHUV un rapport médical complet, dès lors qu'il s'est avéré que la Dresse G._____ n'avait vu le recourant qu'à deux reprises, la dernière consultation remontant au 20 novembre 2006 (cf. lettre B.b supra).

La seule évocation, dans un bref rapport médical, de possibles troubles psychiatriques (une dépression "sous-jacente au vécu" et une dépendance au cannabis), sans même une mention d'une éventuelle répercussion sur la capacité de travail, ne saurait suffire pour retenir une atteinte à la santé psychique invalidante et n'appellent pas d'investigations complémentaires sur ce plan, dès lors que le recourant n'a consulté qu'à deux reprises et a précisé dans son recours que le

psychologue consulté ne lui avait apporté aucune aide. Par ailleurs, l'évocation d'effets secondaires de la médication actuelle se heurte aux rapports médicaux du Dr K._____, lequel n'a plus constaté d'effets secondaires influant sur la capacité de travail du recourant depuis la modification du traitement antirétroviral en automne 2004 et n'en fait toujours pas état dans son dernier rapport médical du 11 août 2008.

c) En définitive, la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que le recourant bénéficie à nouveau dès le 24 novembre 2004 d'une pleine capacité de travail tant dans l'activité de musicien et compositeur que dans celle d'employé CFF et qu'il n'est donc plus invalide au sens de l'AI. Dès lors que l'amélioration constatée avait duré trois mois au 28 février 2005 et s'était maintenue depuis, c'est à bon droit que l'autorité intimée a prononcé la suppression à cette date (cf. art. 88a al. 1 RAI) de la demi-rente d'invalidité (cf. consid. 3c supra).

5. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

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. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge du recourant, qui succombe (art. 49 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision attaquée est confirmée.
- III. Un émolument judiciaire de 400 fr. est mis à la charge du recourant.
- IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président:

Le greffier:

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à:

- V. _____,
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier: