

VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 775 vom 1. Dezember 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-12-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2014__775

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 775 du 1 décembre 2014

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2014 / 775 del 1 dicembre 2014

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE | 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI

Erwägungen

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 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 et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le refus de l'OAI d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 3 juin 2013.

E. 3

a) Selon l'art. 87 al. 2 RAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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 ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. L'art. 87 al. 3 RAI (également dans sa teneur au 1^{er} janvier 2012) prévoit que 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. Ces dispositions correspondent aux alinéas 3 et 4 de l'art. 87 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011. Les exigences qui y sont posées doivent permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (cf. ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3, 117 V 198 consid. 4b et 109 V 108 consid. 2a). 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 (cf. ATF 117 V 198 consid. 3a ; cf. TF 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, 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. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (cf. ATF 109 V 108 consid. 2b ; cf. TF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). b) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 2 RAI (jusqu'au 31 décembre 2011 : art. 87 al. 3 RAI ; cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; cf. ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; cf. TF 9C_789/2012 précité consid. 2.3 et 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 ; cf. TFA I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2). Il découle de ce qui précède que, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, l'examen du juge est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (cf. TF 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Partant, les rapports médicaux produits ultérieurement au prononcé de la décision administrative ne peuvent être pris en considération dans un litige de ce genre (cf. TF I 597/05 du 8 janvier 2007 consid. 4.1 et les références citées).

E. 4

En l'espèce, il n'y a pas lieu d'examiner si, entre la dernière décision de refus de prestations entrée en force 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, dès lors que l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande. Il faut donc se limiter à examiner si le recourant, dans ses démarches auprès de l'OAI à partir du mois de juin 2013, a établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée depuis le précédent refus de prestations.

a) A titre préalable, on relèvera que le certificat du Dr D. _____ du 25 novembre 2013 ne peut être pris en considération dans l'examen de la présente affaire, attendu que ce document n'a été porté à la connaissance de l'intimé qu'au stade de la procédure ouverte céans, soit ultérieurement au prononcé de la décision litigieuse (cf. consid. 3b supra). On rappellera également que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure de non entrée en matière sur une nouvelle demande au sens des art. 87 al. 2 et 3 RAI (cf. consid. 3b supra) et que dès lors, dans un tel contexte, la juridiction cantonale n'a pas à mettre en œuvre une expertise médicale, ni – contrairement à l'opinion du recourant (cf. recours du 9

décembre 2013 p. 2) – à renvoyer la cause l'administration en vue d'une telle instruction ; il lui incombe uniquement d'examiner si les pièces déposées en procédure administrative avec la nouvelle demande de prestations justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, sans que cela ne consacre un formalisme excessif. b) Sur le plan physique, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations introduite le 3 juin 2013, l'assuré a produit un rapport du Dr D. _____ du 4 mars 2013 signalant une boiterie accompagnée d'importantes douleurs au niveau lombaire ainsi qu'au niveau de la hanche droite suite à l'accident subi, ces troubles nécessitant une poursuite du traitement et ayant pour corollaire une capacité de travail très réduite selon le médecin traitant. Ce faisant, le Dr D. _____ s'est toutefois contenté de mentionner des séquelles accidentelles déjà connues, qui ne sont en aucun cas synonymes d'une évolution significative de l'état de santé du recourant. A cet égard, il faut souligner que la boiterie comme les douleurs ostéoarticulaires susmentionnées ont pu être constatées par l'essentiel des médecins somaticiens interpellés lors des précédentes procédures AI dont l'assuré a fait l'objet (soit, entre autres, le Dr T. _____ [cf. notamment rapport du 29 mai 2002], les médecins de la Clinique W. _____ [cf. rapport du 20 septembre 2002], le Dr F. _____ de la CNA [cf. rapport d'examen final du 16 octobre 2002], le Dr H. _____ du SMR [cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2007], le Dr D. _____ lui-même [cf. notamment rapports des 8 avril 2008, 2 octobre 2009 et 2 février 2011] ou le Dr P. _____ [cf. rapports des 16 mars 2009 et 14 décembre 2010]). Elles n'ont donc rien de nouveau et ne traduisent, en particulier, aucune aggravation de l'état de santé physique du recourant. Cela dit, il convient plus particulièrement de se référer à l'appréciation du Dr H. _____ du SMR, sur laquelle l'OAI s'est fondé pour rendre la décision de suppression de rente du 7 mai 2008 – suivi en cela par la juridiction cantonale (cf. let. B supra ; cf. CASSO AI 301/08-454/2010 du 17 novembre 2010 spéc. consid. 6b et 6c) – mais également, bien que de manière implicite, pour prononcer la décision de refus d'entrée en matière du 27 juin 2011 entérinant une situation demeurée inchangée depuis mai 2008. Ainsi, à l'issue de l'examen clinique effectué en mai 2007 au SMR, le Dr H. _____ a retenu des diagnostics incapacitants affectant la hanche droite et le rachis lombaire, induisant des limitations fonctionnelles distinctes à ces deux niveaux, dans un contexte d'amplification des symptômes avec, notamment, une boiterie à la marche qui fluctuait. Pour ce médecin, les troubles somatiques constatés n'en étaient pas moins compatibles avec la mise en valeur d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2007 p. 7 et 9 s.). En l'état, on ne voit pas en quoi l'appréciation du Dr H. _____ pourrait être mise en doute par le rapport du Dr D. _____ du 4 mars 2013. Loin de démontrer une quelconque modification de l'état de santé physique du recourant, son médecin traitant se contente en effet de prendre le contre-pied de l'avis du Dr H. _____ en concluant à une capacité de travail très réduite au regard d'une symptomatologie ostéoarticulaire restée inaltérée – position essentiellement superposable à celle qu'il avait déjà défendue dans de précédents comptes-rendus (cf. en particulier rapports des 8 avril 2008, 2 octobre 2009 et 2 février 2011) sans pour autant emporter la conviction ; tout au plus relèvera-t-on que ce dernier point tend, à plus forte raison, à asseoir l'absence d'évolution des troubles physiques du recourant (celle-ci ayant au demeurant été expressément confirmée par le Dr D. _____ dans son rapport du 25 novembre 2013, qui ne peut certes pas être formellement pris en compte dans la présente affaire puisque postérieur à la décision litigieuse [cf. consid. 4a supra]). Pour le reste, il n'y a pas lieu de s'arrêter sur la poursuite du traitement évoquée par le Dr D. _____ dans son rapport du 4 mars 2013, ce dernier s'étant abstenu de fournir le moindre détail sur le sujet. Il

apparaît en définitive que ce médecin n'a apporté aucun élément objectif nouveau mais a simplement réitéré une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée, ce qui ne suffit pas pour que les conditions d'une entrée en matière selon l'art. 87 al. 2 et 3 RAI soient réunies (cf. TF 8C_732/2009 du 18 août 2010 consid. 5.3 et TF 9C_286/2009 du 28 mai 2009 consid. 3.2.2). Le recourant n'a du reste jamais soutenu le contraire devant la Cour de céans. c) Sous l'angle psychique, la nouvelle demande de prestations introduite le 3 juin 2013 repose, d'une part, sur le rapport précité du Dr D._____ du 4 mars 2013 et, d'autre part, sur un rapport rédigé le 22 mai 2013 par le Dr J._____. S'agissant du Dr D._____, il a souligné que l'élément le plus important pour lui était à l'heure actuelle la péjoration de l'état de santé psychique avec une dépression marquée, l'assuré étant suivi par « le Dr J._____ à [...] » en raison des « conséquences importantes sur le plan psychique ». Quant au Dr J._____, il a précisé avoir examiné le recourant à quatre reprises, en vue d'une évaluation psychiatrique. Il a expliqué que l'intéressé, qui avait présenté un trouble post-traumatique durant plusieurs années suite à son accident d'octobre 2001, souffrait actuellement d'un syndrome dépressif moyen à sévère, avec symptômes somatiques, les souffrances ayant de toute évidence un caractère chronique et figé, avec des troubles fonctionnels persistants dans la plupart des activités quotidiennes. Il a ajouté que, si la Dresse M._____ avait conclu en 2007 à l'absence de trouble dépressif, une telle affection était désormais évidente ; ce trouble, de par son caractère chronique, était apparu par la suite et s'était progressivement aggravé depuis deux à trois ans. En outre, nonobstant un suivi psychothérapeutique régulier et une médication psychotrope antidépressive adéquate, ce syndrome dépressif chronique avec des troubles fonctionnels graves était persistant. Pour le Dr J._____, l'importance des troubles fonctionnels induisait une incapacité de travail de 100% même dans une activité adaptée, au minimum depuis 2010. Il convient tout d'abord de relativiser l'avis du Dr D._____, lequel ne dispose d'aucune spécialisation en psychiatrie – comme cela avait déjà été souligné dans l'arrêt cantonal de 17 novembre 2010 (cf. CASSO AI 301/08-454/2010 précité consid. 6a). A cela s'ajoute que ce praticien s'est contenté d'affirmer que l'état de santé psychique du recourant s'était péjoré avec une dépression marquée, sans fournir d'indication objective susceptible d'étayer une telle évolution. Dans ces conditions, les assertions nullement motivées du médecin généraliste traitant concernant la santé psychique de l'assuré ne sauraient être considérées comme convaincantes. Cela dit, dans son rapport du 4 mars 2013 (comme dans celui du 25 novembre 2013, postérieur à la décision entreprise [cf. consid. 4a supra]), le Dr D._____ a mentionné que le recourant était suivi par le Dr J._____ pour ses problèmes psychiques. A la lecture du compte-rendu du 22 mai 2013, on constate toutefois que l'assuré n'a été reçu qu'à quatre reprises à la consultation du Dr J._____, en vue d'une évaluation psychiatrique – autrement dit dans le cadre d'un examen ponctuel de son état de santé psychique, n'équivalant de toute évidence pas à une prise en charge psychiatrique sur la durée. Si le Dr J._____ s'est par ailleurs référé à « un suivi psychothérapeutique régulier & une médication psychotrope antidépressive adéquate » dans son rapport du 22 mai 2013, il n'a pas pour autant précisé être à l'origine du suivi et de la médication en question, sur lesquels il n'a fourni aucune précision. On ignore, en particulier, s'il entendait se référer aux séances de psychothérapie et au traitement antidépresseur mis en œuvre par la psychologue L._____ (cf. attestation du 27 octobre 2009), dont la Cour de céans avait déjà tenu compte dans son arrêt du 17 novembre 2010 ; à cette occasion, il avait notamment été souligné que les observations de cette psychologue, qui suivait l'assuré depuis le 31 août 2009, démontraient tout au plus que la suppression de

la rente AI avait été un choc moral très important pour l'intéressé, ce qui ne justifiait pour autant l'octroi d'une rente (cf. CASSO AI 301/08 – 454/2010 précité consid. 6a). Ainsi, quoi qu'en dise le recourant (cf. mémoire de recours du 9 décembre 2013 p. 5), il appert au final que la confusion règne quant au point de savoir si ce dernier était suivi par un psychiatre à la date déterminante de la décision entreprise. Peu importe néanmoins puisque, même à supposer que tel fût le cas, ce seul traitement ne suffirait pas encore pour conclure de façon plausible à une modification significative de l'invalidité justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande. A cet égard, il faut souligner que sur le plan psychique, la suppression de la rente d'invalidité de l'assuré – confirmée par la Cour de céans le 17 novembre 2010 – n'a nullement été motivée par l'absence de traitement psychiatrique, contrairement à ce qu'affirme l'intéressé (cf. *ibid.*, loc. cit.), mais bien par l'absence d'atteinte invalidante telle que constatée par la Dresse M. _____ du SMR, l'interruption de toute prise en charge auprès du Dr C. _____ depuis le printemps 2003 n'ayant été mentionnée dans ce contexte qu'entre autres considérations (cf. CASSO AI 301/08 – 454/2010 précité consid. 6a ; cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2009 p. 5 s. et 9 s.). Reste à se prononcer sur l'évaluation psychiatrique réalisée par le Dr J. _____ dans son rapport du 22 mai 2013. Pour ce faire, il convient de se reporter aux conclusions résultant de l'examen effectué en 2007 par la Dresse M. _____, conclusions reprises à l'appui de la décision de suppression de rente du 7 mai 2008, mais également de l'arrêt cantonal du 17 novembre 2010 (cf. let. B supra ; cf. CASSO AI 301/08-454/2010 du 17 novembre 2010 spéc. consid. 6a et 6c) et, tacitement, de la décision de refus d'entrée en matière du 27 juin 2011 consacrant une situation demeurée inchangée depuis mai 2008. En particulier, la Dresse M. _____ a retenu que l'assuré était connu pour un épisode dépressif d'intensité sévère et un syndrome de stress post-traumatique (tels qu'évoqués en 2002 par les Drs X. _____ et C. _____ [cf. respectivement rapport de consilium psychiatrique du 26 juin 2002 et rapport du 23 octobre 2002]), que ces troubles s'étaient initialement répercutés sur la capacité de travail, mais qu'ils avaient ensuite évolué dans le sens d'une rémission à partir du printemps 2003, raison pour laquelle l'exigibilité devait dès lors être considérée comme totale du point de vue psychiatrique (cf. rapport d'examen clinique du 17 juillet 2007 p. 7 et 9 s.). Dans son compte-rendu du 22 mai 2013, le Dr J. _____ a admis, à l'instar de la Dresse M. _____, que le trouble post-traumatique consécutif à l'accident d'octobre 2001 n'était plus d'actualité ; ce point n'étant pas sujet à controverse, il importe peu que la psychiatre du SMR ait fixé la date de la rémission au printemps 2003 alors même que, pour le Dr J. _____, ce trouble aurait existé durant plusieurs années. Ce dernier médecin a néanmoins estimé que la situation s'était modifiée depuis l'examen effectué en 2007 au SMR, en ce sens que l'assuré aurait ultérieurement développé un trouble dépressif chronique, accompagné de troubles fonctionnels, avec une aggravation progressive au cours des deux ou trois dernières années. A ce propos, il y a lieu de se référer aux observations émises par le Dr G. _____ du SMR dans son avis du 24 septembre 2013, relevant que la position du Dr J. _____ n'était pas convaincante puisqu'elle reposait sur un diagnostic expliqué en huit lignes, sans monitoring malgré un traitement antidépresseur soi-disant adéquat et sans aucun status psychiatrique ni aucune référence à la classification de la CIM-10 avec les détails cliniques y relatifs, voire aucune appréciation démonstrative ; à cela s'ajoutait que la chronicité de l'atteinte évoquée aurait justifié de parler d'un trouble dépressif récurrent, auquel cas on aurait eu des épisodes avant 2007. De fait, ces critiques apparaissent fondées dans la mesure où le rapport du 22 mai 2013 se contente d'alléguer succinctement une péjoration de l'état de santé du recourant sous l'angle dépressif, sans

avancer aucune argumentation médicale susceptible d'établir objectivement une telle évolution. Au surplus, si l'état de santé psychique du recourant s'était aggravé dès 2010 comme le soutient le Dr J. _____, la psychologue L. _____ aurait logiquement dû en faire mention dans son attestation du 7 février 2011, aux termes de laquelle elle s'est toutefois limitée à évoquer la persistance d'une situation très difficile au plan moral, l'assuré vivant très mal le retrait de sa rente AI. Par ailleurs, on peine à comprendre que, nonobstant la prétendue gravité des troubles psychiques allégués, le Dr J. _____ ait finalement retenu une entière incapacité de travail dans toute activité au regard exclusivement de l'importance des troubles fonctionnels – soit un aspect purement somatique –, sans indiquer de restrictions d'ordre psychiatrique à l'exercice d'une activité. A la lumière des considérations qui précèdent, il s'avère en définitive que l'évaluation psychiatrique ressortant du rapport précité du 22 mai 2013 ne résiste pas à l'examen et ne renferme par conséquent aucun indice sérieux dans le sens d'une évolution significative des troubles du recourant. Du point de vue psychique, les documents médicaux invoqués en procédure administrative n'apportent donc aucun nouvel élément justifiant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assuré. d) Dès lors que le recourant n'a pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de refus de prestations entrée en force, c'est à bon droit que l'office intimé a conclu que les conditions de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI n'étaient pas réalisées et a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations AI déposée le 3 juin 2013.

E. 5

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, fixés en fonction de la charge liée à la procédure (cf. art. 69 al. 1bis LAI). Ils sont mis à la charge de la partie qui succombe (cf. art. 49 LPA-VD). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. Le recourant a toutefois été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais judiciaires, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure, seront supportés par le canton, provisoirement (cf. art. 122 al. 1 let a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (cf. art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement (cf. art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 2 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 2 heures et 18 minutes de prestations d'avocat au tarif horaire de 180 fr. (cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ), soit un montant total d'honoraires s'élevant à 447 fr. 12, TVA de 8% comprise. Le conseil juridique commis d'office a par ailleurs droit à l'indemnité forfaitaire prévue à l'art. 3 al. 3 RAJ pour ses débours, soit 108 fr. TVA incluse. L'indemnité d'office du conseil du recourant doit donc être arrêtée à 555 fr. 10, TVA de 8% incluse (montant arrondi). Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf.

art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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