

# **VD\_GERICHTE ZD08.012080 vom 7. Februar 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-02-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD08.012080](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD08.012080)

FR: VD\_GERICHTE ZD08.012080 du 7 février 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD08.012080 del 7 febbraio 2011

## **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 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 – ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (cf. art. 57a LAI) – 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 – compte tenu de la suspension du délai de recours pendant les fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) – auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, 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.

### **E. 2**

Sont litigieuses l'évaluation de l'état de santé du recourant, respectivement de sa capacité de travail résiduelle. Il s'agit dès lors d'examiner si l'état de santé de l'assuré justifie le refus des prestations d'invalidité, à savoir une rente et des mesures professionnelles.

- 19 - a) Tant le droit au reclassement professionnel (art. 17 LAI) que le droit à une rente (art. 28 LAI) supposent que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 LAI). Selon l'art. 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'art. 8 LPGA mentionne qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail, 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 (art. 6 LPGA). 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 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. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % (art. 28 LAI) au moins et à des mesures professionnelles s'il est invalide à 20 % au moins. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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 (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de

- 20 - porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont 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 médicale et non pas sur une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). L'assureur est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF I 129/02 du 29 janvier 2003; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc précité). S'il existe des avis contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire 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

- 21 - vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1).

### **E. 3**

En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, en particulier une rente. a) D'emblée, il y a lieu de relever que, constatant que certains éléments médicaux au dossier étaient contradictoires et que l'expertise psychiatrique de la Dresse T.\_\_\_\_\_ avait posé quelques problèmes, de sorte qu'elle se trouvait entachée, sinon d'un vice, du moins d'une apparence de légèreté nuisant à sa force probante, le juge instructeur a mis en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique qu'il a confiée au Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Celui-ci a déposé son rapport le 28 avril 2010. Se fondant sur l'appréciation du Dr

Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, et du psychologue B.\_\_\_\_\_ qui le suit au sein du cabinet du précité depuis 2007, le recourant estime que son état de santé psychique (état dépressif chronique sévère avec idées suicidaires F33.2 et troubles de la personnalité sans précision F60.9) ne lui permet pas de travailler à plus de 50 %. Pour sa part, l'intimé considère que le rapport d'expertise psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ remplit tous les critères posés par la jurisprudence, si bien qu'une pleine valeur probante doit lui être reconnue. Sur le plan somatique, le recourant conteste les conclusions de l'expert N.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, qui, dans son rapport du 16 juin 2004, conclut à une capacité résiduelle de travail nulle dans l'ancienne activité du recourant mais à une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout. Se fondant sur l'appréciation du COPAI de mai 2003 et celle, récente (19 juillet 2010), du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne qui le suit depuis le mois d'avril 2010, le recourant prétend que les atteintes dégénératives qu'il présente affectent sa

- 22 - capacité de travail, qui serait au maximum de 50 %. Il requiert une nouvelle expertise rhumatologique, voire pluridisciplinaire. De son côté, l'OAI retient que les conclusions de l'expert N.\_\_\_\_\_ satisfont aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante et que ni l'appréciation du médecin conseil du COPAI, ni celle du nouveau médecin traitant du recourant ne comportent d'élément susceptible de remettre en cause dite valeur probante. b) Au vu de l'ensemble des pièces médicales relatives à l'état de santé psychique de l'assuré, on doit reconnaître à l'expertise du Dr G.\_\_\_\_\_ une pleine valeur probante. Le rapport d'expertise de l'expert du 28 avril 2010 contient en effet une anamnèse complète et un condensé des renseignements tirés du dossier; il fait également état des indications subjectives délivrés par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen psychiatrique, qui s'est déroulé sur deux séances, la première en présence d'un traducteur portugais/français; il s'achève par une appréciation motivée de la capacité de travail de l'intéressé compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. Le Dr G.\_\_\_\_\_ a clairement expliqué les motifs pour lesquels il n'avait retenu aucune incapacité de travail, malgré les diagnostics retenus de trouble somatoforme douloureux persistant et de trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique). L'appréciation psychiatrique du Dr G.\_\_\_\_\_ est non seulement cohérente, mais elle n'est au demeurant pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins (rapport du 19 juin 2007 du Dr Z.\_\_\_\_\_, psychiatre traitant) comme du psychologue B.\_\_\_\_\_ (rapport du 21 juin 2010) qui se sont exprimés sur l'état de santé psychique du recourant. Que le psychologue B.\_\_\_\_\_ ou le Dr Z.\_\_\_\_\_ ne partagent pas l'opinion de l'expert judiciaire en ce qui concerne la gravité des troubles psychiatriques diagnostiqués et leur impact sur la capacité de travail de l'intéressé ne suffit pas à battre en brèche ses conclusions. En effet, au vu de la distinction consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause les conclusions

- 23 - d'une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contraire à celle-ci. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en question les conclusions de l'expertise (TF I 533/06 du 23 mai 2007,

consid. 5.3 et les références). Or, tel n'est pas le cas en l'espèce. Alors que l'expert judiciaire s'est, à juste titre, fondé sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6, p. 398 et ss), soit la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes établie par l'Organisation mondiale de la santé, 10e révision (CIM-10), pour retenir la présence d'un trouble dépressif majeur (état actuel moyen, chronique, F32.1) et celle d'un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) et pour évaluer leur intensité, leurs éventuels liens avec des facteurs contextuels, leur impact clinique et éventuellement handicapant, tant le rapport du Dr Z. \_\_\_\_\_ que celui du psychologue B. \_\_\_\_\_ se contentent d'indiquer les diagnostics retenus (état dépressif chronique sévère, sans symptomatologie psychotique avec idées suicidaires F33.0 et troubles de la personnalité sans précision F60.9) après avoir énuméré un certain nombre de symptômes, lesquels, au demeurant, ne permettent pas de conclure à la présence d'un trouble dépressif même léger, ni à celle d'un trouble de la personnalité, comme le relève d'ailleurs le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR dans un avis médical du 27 décembre 2007. c) En tout état de cause, le rapport d'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_ a été établi de manière consciencieuse, après avoir rencontré le recourant à deux reprises, avec le concours d'un interprète lors du premier entretien, en tenant compte des opinions émanant des divers médecins et psychologues qui ont examiné l'assuré et en prenant en considération les plaintes actuelles de l'intéressé. Son avis est en outre partagé par le Dr M. \_\_\_\_\_ du SMR et celui de la Dresse T. \_\_\_\_\_, qui avait également posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant en 2005.

- 24 -

## **E. 5**

a) Sur le plan somatique, et au vu de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, on doit également reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus à l'expertise rhumatologique N. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2004. Elle se fonde en effet sur un examen clinique complet du recourant, expose de façon minutieuse et détaillée les éléments diagnostiques et comporte des conclusions claires. Il fait également état des indications subjectives délivrées par le recourant, ainsi que du résultat des observations faites au cours de l'examen clinique; il s'achève par une appréciation motivée de la capacité de travail de l'intéressé compte tenu de l'ensemble des renseignements recueillis. L'expert N. \_\_\_\_\_ a clairement expliqué les motifs pour lesquels il n'avait retenu aucune incapacité de travail, malgré les diagnostics retenus, soit notamment des lombosciatalgies bilatérales prédominantes à gauche et présence d'une hernie discale L4-L5 médiane, paramédiane gauche. Il a notamment exposé que s'il pouvait considérer une altération globale de la mobilité tronculaire incluant des possibles signes irritatifs aux membres inférieurs, difficilement reproductibles dans un contexte de hernie discale L4-L5 visualisée par scanner et IRM, l'examen clinique avait été parasité par de nombreux signes de surcharge comportementaux, troubles évocateurs d'un syndrome d'amplification des symptômes. C'est pour ce motif, que l'expert a retenu une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle légère, épargnant les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 15 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux et autorisant l'alternance de la position assise et debout. L'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_ n'est elle non plus pas remise en cause de manière déterminante par les rapports des autres médecins (rapport du Dr J. \_\_\_\_\_ du 27 mai 2003 lors du stage du recourant au COPAI, rapport du Dr V. \_\_\_\_\_ du 19 juillet 2010). En ce qui concerne l'évaluation effectuée par le médecin

conseil du COPAI en 2003, il est utile de rappeler que les informations des organes d'observation professionnelle ont pour fonction de compléter les données médicales en examinant concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Reste que ces informations recueillies au cours d'un stage, pour utiles qu'elles soient, ne sauraient, en principe, supplanter l'avis dûment

- 25 - motivé d'un médecin à qui il appartient, au premier chef, de porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités celui-ci est capable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (TF I 531/04 du 11 juillet 2005 consid. 4.2). Or, si on examine de près le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_, on constate que celui-ci a posé le seul diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant en se fondant principalement sur les plaintes du recourant et sur le score obtenu par celui-ci au test d'évaluation de la douleur et s'est basé sur les mauvais rendements obtenus en atelier pour admettre une pleine capacité de travail avec un rendement diminué de 50 %. C'est donc en vain qu'on cherchera dans ce rapport des éléments médicaux objectivement vérifiables et qui auraient été ignorés par l'expert N.\_\_\_\_\_, et donc suffisamment pertinents pour battre en brèche les conclusions de ce dernier (TF I 533/06 du 23 mai 2007, consid. 5.3 et les références). En ce qui concerne l'avis médical du Dr V.\_\_\_\_\_, il suffit de se référer à l'avis émis par le Dr M.\_\_\_\_\_ à son égard qui relève à juste titre, d'une part que ce médecin n'a pris en charge le recourant qu'en avril 2010 et qu'il ne peut par conséquent attester de la situation qui prévalait en mars 2008, au moment où la décision litigieuse a été rendue, d'autre part qu'il n'y a pas de fait nouveau de nature à modifier les limitations fonctionnelles et l'exigibilité, puisque la symptomatologie douloureuse et les diagnostics radiologiques sont les mêmes que ceux rapportés par l'expert N.\_\_\_\_\_ (la présence de troubles dégénératifs antérieurs du rachis cervical C6-C7 étant connus depuis 1999, de même que la présence d'une ostéophytose depuis 2000 et celle d'une hernie discale L3-L4 depuis 2002). Enfin, il faut constater que l'avis médical du Dr V.\_\_\_\_\_, qui, contrairement à l'expert n'est pas un spécialiste de la rhumatologie, ne contient aucun élément médical permettant de considérer que l'état de santé somatique du recourant s'était significativement aggravé en mars 2008, de manière à rendre caduques les conclusions de l'expert N.\_\_\_\_\_. Cela étant, il faut considérer que la situation médicale du recourant, tant sur le plan physique que psychique, est clairement établie, de telle sorte qu'on renoncera à entreprendre d'autres mesures

- 26 - d'instruction (ATF 130 II 425 consid. 2.1). Il reste à déterminer quelles conséquences elle induit sur les prétentions du recourant.

## **E. 6**

a) Comme on l'a vu au considérant 4 ci-dessus, il ne se justifie pas que la Cour de céans s'écarte des conclusions de l'expert judiciaire G.\_\_\_\_\_ quant à la présence et à l'impact des troubles psychiques sur la capacité de travail du recourant, de sorte qu'il convient d'admettre que l'affection psychiatrique n'a pas de répercussion sur sa capacité de travail. On relèvera tout au plus que c'est à juste titre que l'expert judiciaire a considéré que les troubles psychiques présentés par le recourant ne sont pas invalidants et que celui-ci dispose de ce fait d'une pleine capacité de travail. En effet, comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent

être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence p. 358). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En

- 27 - présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 p. 71; TF 9C-38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2). Dans le cas présent, il résulte clairement de l'expertise judiciaire que le recourant ne présente pas, en sus du syndrome somatoforme douloureux persistant, une comorbidité psychiatrique importante, mais seulement un état dépressif modéré qui, pour s'être manifesté après l'apparition du syndrome somatoforme douloureux persistant, est intégré à celui-ci de l'avis de l'expert. Il n'y a par ailleurs ni perte d'intégration sociale, le recourant sortant notamment régulièrement pour voir ses amis, ni cristallisation de l'état psychique du recourant, qui peut se montrer jovial et faire preuve du sens de l'humour. b) En ce qui concerne l'état de santé somatique du recourant, il n'y a pas non plus de motifs de s'écarter des conclusions de l'expert N. \_\_\_\_\_, qui a conclu de façon claire et convaincante que l'altération globale de la mobilité tronculaire incluant de possibles signes irritatifs n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail du recourant dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en relevant que l'examen clinique avait été parasité par des troubles comportementaux évocateurs d'un syndrome d'amplification des symptômes.

- 28 - Dans ces conditions, la Cour de céans retient que, du point de vue de l'assurance-invalidité, le recourant dispose d'une pleine capacité de travail dans un travail adapté à ses limitations somatiques fonctionnelles. L'évaluation du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, non contesté au demeurant par le recourant, se fonde à juste titre sur une approche théorique, dès lors que l'intéressé n'a pas repris d'activité professionnelle depuis mars 2002. La comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGa) est correcte,

en particulier en ce qui concerne l'abattement de 10 % opéré. Le degré d'invalidité de 7,25 % auquel aboutit l'OAI étant inférieur au taux minimum légal de 40 % (art. 28 LAI) ouvrant le droit à une rente, comme d'ailleurs au taux minimum de 20 % ouvrant le droit à des mesures professionnelles, la décision de l'OAI refusant de telles prestations au recourant est justifiée.

#### **E. 7**

a) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée n'est pas critiquable dans son résultat et doit être confirmée, ce qui conduit au rejet du recours. 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 1'000 francs (art. 69 al.1bis LAI). 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, puisque le recourant n'obtient pas gain de cause (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.