

VD_GERICHTE ZD09.029916 vom 10. Juni 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.029916

FR: VD_GERICHTE ZD09.029916 du 10 juin 2010

IT: VD_GERICHTE ZD09.029916 del 10 giugno 2010

Erwägungen

E. 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). 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 d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par analogie en vertu de l'art. 60 al. 2 LPGA) – 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 1er janvier 2009 et immédiatement applicable aux causes pendantes devant les autorités de justice administratives à cette date (art. 117 al. 1 LPA-VD), 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 est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

La LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) ayant subi deux révisions depuis 2002 et la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et par conséquent de l'assurance-invalidité, il convient de déterminer quel est le droit matériel applicable au présent cas.

- 7 - Les principes généraux en matière de droit intertemporel, selon lesquels on applique, en cas de changement de règles de droit, la législation en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques sont valables dans le domaine des assurances sociales (ATF 130 V 329 consid. 2.2 et 2.3, 130 V 445). Le juge n'a toutefois pas à prendre en considération les modifications du droit postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2), en l'occurrence le 20 août 2008. Les modifications consécutives à la 5e révision de la LAI n'ont par conséquent pas à être prises en considération dans le présent cas. Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007 au regard des dispositions de la LPGA et des modifications de la LAI, consécutives à la 4e révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2004 et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5e révision de cette loi, entrées en vigueur le 1er janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelque soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés.

E. 3

La recourante se plaint du refus d'une rente d'invalidité à laquelle elle prétend avoir droit en vertu de la législation fédérale. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA

- 8 - comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente (art. 28 LAI). 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 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).

- 9 - En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4).

E. 4

En l'espèce, est litigieuse la question du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement son degré d'invalidité. Cette dernière conteste la valeur probante du rapport du SMR du 31 mars 2008. L'intimé considère que la recourante ne présente pas de perte de gain en l'absence d'invalidité, une capacité de travail à 100 %

étant reconnue dans une activité adaptée, soit compatible avec ses limitations fonctionnelles. a) Si les différents praticiens s'accordent à dire que la recourante présente une pathologie lombaire, ainsi qu'un syndrome douloureux, ils divergent s'agissant de l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée compte tenu des atteintes qu'elle présente. Il y a dès lors lieu de déterminer si le tableau douloureux présenté par l'assurée relève d'une pathologie objectivable sur le plan somatique ou d'un trouble somatoforme douloureux. b) Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est

- 10 - propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 353, consid. 2.2.2; TFA du 9 octobre 2001, I 382/00, consid. 2b).

E. 5

Pour statuer sur le droit à la rente, l'OAI s'est référé au rapport d'examen clinique rhumato-psychiatrique du 31 mars 2008 établi par les Drs F. _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Q. _____, spécialiste FMH en psychiatrie. a) Sur le plan somatique, le Dr F. _____ a retenu le diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail de lombo-inguino- sciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques du rachis avec hernie discale L5-S1 (rapport du 31 mars 2008). Ce diagnostic est corroboré par le Dr B. _____ qui a précisé qu'il n'existait pas de substrat neurologique à l'origine des douleurs de la patiente (rapport du 22 juin 2006, p. 9). En effet, ce praticien a estimé que si cette hernie était symptomatique avec répercussions radiculaires, il fallait s'attendre à une souffrance S1 bilatérale, avec douleurs à irradiation postérieure, ce qui n'était pas le cas dans la situation présente (rapport du 22 juin 2006, p.8). Contrairement au Dr F. _____, le Dr B. _____ ne s'est pas prononcé clairement sur la question de savoir si l'assurée présentait une incapacité de travail tant dans son ancienne activité que dans une activité adaptée. Il a simplement indiqué que la hernie discale L5-S1 n'expliquait pas le tableau actuel et que l'assurée devait être rassurée sur l'absence de pathologie grave sous-jacente, une physiothérapie de mobilisation et de reconditionnement devant être prescrite, parallèlement à une reprise progressive du travail, ceci dès que le tableau douloureux serait un peu atténué, soit à une échéance difficile à déterminer. Il convient de rappeler que le rapport du Dr B. _____ a été établi à l'intention de l'assureur perte de gain en cas de maladie et qu'il n'avait donc pas pour objectif principal de déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée, ni sa capacité de travail dans une activité adaptée, contrairement au rapport du Dr F. _____. Dès lors, sur la question de la capacité de travail, on ne saurait se fonder sur l'avis du

- 11 - Dr B. _____. Le Dr K. _____ a également posé un diagnostic identique tout en indiquant que les plaintes débordaient largement la symptomatologie herniaire (rapport du 30 janvier 2007). Enfin, le Dr J. _____, médecin traitant de l'assurée, a clairement indiqué que le diagnostic de hernie discale n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail de l'assurée (rapport médical du 28 avril 2007). Certes, il a relevé que la

lombosciatalgie gauche avait une influence sur la capacité de travail de l'assurée, mais son appréciation est essentiellement fondée sur les plaintes de sa patiente sous la forme de contractures et de raideurs au niveau des lombaires. Par ailleurs, après avoir indiqué un certain nombre de capacités fonctionnelles, il a attesté une capacité de travail de 20 % dans une activité adaptée, sans réellement motiver le taux retenu. Ce praticien a ainsi joué son rôle de médecin chargé de soulager l'expression d'une souffrance, puisque la symptomatologie douloureuse dont il fait état résulte pour l'essentiel des seules plaintes exprimées par la recourante. C'est d'ailleurs, pour cette raison que, de jurisprudence constante, il y a lieu de relativiser l'avis des médecins traitants. Le dossier radiologique constitué, ainsi que les rapports des praticiens précités ne mettent ainsi en évidence aucun substrat anatomique ou biologique cohérent pouvant expliquer les plaintes perpétuelles et réfractaires de l'assurée. Sur le plan médico-théorique, le rapport du Dr F. _____ décrit de façon précise les limitations fonctionnelles de l'assurée et se fonde sur une motivation claire et exempte de contradictions quant à la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles décrites par le Dr F. _____, plus précises que celles retenues par le Dr J. _____, ne permettent en effet pas d'envisager la reprise de l'ancienne activité d'aide-infirmière ou femme de chambre. Par contre, il se justifie d'admettre sur le plan somatique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. b) Il convient à présent d'examiner si, à la lumière des critères dégagés par la jurisprudence, le diagnostic de syndrome douloureux persistant posé par les médecins du SMR permet de retenir une invalidité.

- 12 - Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants 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 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

- 13 - 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). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes sont susceptibles d'entraîner. A cet égard, selon le Tribunal fédéral des assurances, la mission de l'expert consiste à apporter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état (ATF 132 V 65). Dans cet arrêt, la Haute Cour a encore rappelé que l'absence de toute comorbidité psychiatrique n'était pas suffisante pour conclure à l'existence d'une capacité de travail, car si ce critère est d'importance, il n'était toutefois pas exclusif (ATF 132 V 73 consid. 5.1). c) En premier lieu, le critère d'une comorbidité ne saurait être retenu. Le Dr Q._____ a ainsi constaté que l'assurée ne présentait aucun signe floride de la série psychotique ou de critère CIM 10 de trouble de la personnalité, mise à part une détresse psychoaffective accompagnant un syndrome douloureux survenu au décours d'une cure de hernie inguinale en octobre 2005. Sur ce point, le Dr Q._____, a écarté tout trouble dépressif, même léger. Il a en outre relevé que l'intéressée ne se plaignait d'aucun antécédent psychiatrique, qu'elle précisait que la détresse accompagnait la douleur et que, sans douleur, elle retrouverait la vie qu'elle avait connue antérieurement et dont elle était très heureuse. Le Dr G._____, psychiatre traitant de l'assurée a retenu un épisode dépressif sévère avec symptômes somatiques (rapport médical du 18 février 2007). Ses constatations sont cependant pratiquement superposables à celles retenues par le Dr Q._____ et ne suffisent dès lors pas à établir l'existence d'une comorbidité d'une acuité et d'une durée importantes pour admettre qu'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de s'intégrer dans un processus de travail n'est pas exigible de la part de l'assurée. En définitive, l'avis du Dr G._____ constitue seulement une

- 14 - appréciation différente d'une même symptomatologie, à laquelle on ne saurait attribuer une valeur objectivement prépondérante. S'agissant des autres critères consacrés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux, ils ne sont pas non plus remplis. On rappellera à ce propos qu'ils sont un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification, mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret (TFA I 225/04 du 6 mars 2006 consid. 4.1). L'expert n'a ainsi pas relevé chez la recourante la présence des autres critères déterminants, à savoir un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état de santé psychique cristallisé et l'échec aux traitements. Au contraire, la recourante mène une vie sociale relativement normale : elle fait état de solides amitiés, anciennes, des rencontres quotidiennes avec des amis et le fait que, tous les soirs, elle est reçue ou reçoit des amis à dîner. Par ailleurs, elle se lève à 5 heures du matin pour ensuite venir à V_____ en bus à 8h30 afin de rencontrer des camarades, faire des courses et traîner en ville. Elle rentre à midi pour préparer le repas et manger avec l'un de ses gendres, puis en sa compagnie se promène sur les terrasses de café l'après-midi. Au

vu de ces affirmations, il y a lieu de retenir qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale "dans toutes les manifestations de la vie" - critère qui est déterminant selon la jurisprudence (ATF 132 V 65 cons. 4.2.2 p. 71, 131 V 49 consid. 1.2 p. 50, 130 V 352 consid. 2.2.3 p. 355). On conclura généralement à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, soit par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé (ATF 132 V 65 cons. 4.2.2, p. 71; TF 9C_38/2007 du 8 avril 2008, consid. 3.2). Sur ce point, les experts ont fait état de signes de non organicité selon Waddell, d'une assurée

- 15 - démonstrative mimant des troubles de l'équilibre à la marche (rapport du 31 mars 2008, p. 6); le Dr B. _____ d'une déambulation atypique, précautionneuse, avec une boiterie mal systématisée, atypique, voire démonstrative et des manœuvres de Lasègue pseudo-positives (rapport du 22 juin 2006, p.7 et 8). Le Dr G. _____, psychiatre traitant, a indiqué dans un courrier du 2 septembre 2009, soit postérieurement à la décision attaquée que l'état de santé psychique de sa patiente était pire que lors du début de sa prise en charge en octobre 2006 et critiquait les conclusions des experts des critères applicables en matière de troubles somatoformes douloureux. On relèvera que le Dr G. _____ est le médecin traitant de la recourante de sorte qu'il convient de considérer son avis avec circonspection. En effet, le médecin traitant est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au vu de la différence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 113/06 du 7 mars 2007 consid. 4.4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un médecin traitant a une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ce médecin fait état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. Tel n'est pas le cas en l'espèce, puisque l'avis médical précité est très succinct, alors que le rapport du SMR expose clairement les motifs pour lesquels d'une part aucun trouble sur le plan psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail ne peut être retenu selon la CIM-10 et d'autre part les autres critères dégagés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux ne sont pas remplis.

E. 6

Au vu de l'ensemble des pièces médicales, on doit reconnaître à l'expertise rhumatologique et psychiatrique du SMR pleine valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les

- 16 - références). Il n'y a donc pas lieu d'écarter le rapport du SMR pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. On ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité des Drs F. _____ et Q. _____. Le rapport des médecins précités se fonde notamment sur le dossier AI, un entretien avec chacun des médecins précités, un examen rhumatologique et finalement une discussion entre les deux praticiens. L'anamnèse de la recourante est décrite de façon circonstanciée : familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique. Tous les rapports médicaux qui figurent dans le dossier AI de l'assurée ont été analysés. Les Drs F. _____ et Q. _____ ont pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée, y compris s'agissant des troubles douloureux et des problèmes psychiques. Dans ces conditions, force

est de constater que la Cour de céans n'a pas de raison suffisante de s'écarter des conclusions des experts, si bien que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise s'avère superflue. Il y a dès lors lieu de retenir que le trouble somatoforme douloureux et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la recourante. Aussi, convient-il de nier une incapacité de travail résultant de ce seul diagnostic et de considérer que l'assurée est encore capable d'exercer à temps complet dans une activité adaptée. On relèvera toutefois que la présente appréciation ne préjuge pas, bien entendu, une éventuelle modification des faits déterminants postérieurement à la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), pouvant donner droit à une rente si les conditions sont remplies.

E. 7

La recourante n'ayant pas contesté la détermination du taux d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, il n'y a pas lieu d'examiner ce point. Vu l'absence d'invalidité selon la méthode précitée, la recourante n'a pas droit à des mesures de réadaptation professionnelle. En effet, le seuil minimum de 20 % environ de la

- 17 - diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488, consid. 4.2 p. 490, 124 V 108 consid. 2b p. 110 ss) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel, n'est pas atteint.

E. 8

a) Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 francs (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 600 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1 bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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