

VD_GERICHTE ZD11.022025 vom 17. April 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD11.022025

FR: VD_GERICHTE ZD11.022025 du 17 avril 2013

IT: VD_GERICHTE ZD11.022025 del 17 aprile 2013

Erwägungen

E. 4

Capacité de travail dans l'emploi actuel de nettoyeuse (selon description de poste en annexe)? Sur le plan somatique La capacité de travail de nettoyeuse est actuellement nulle en raison des limitations fonctionnelles somatiques qui ne sont pas respectées dans cet emploi.

- 9 - Sur le plan psychiatrique La capacité de travail a toujours été et est actuellement entière dans toute activité.

E. 5

Dans l'alternative où l'incapacité de travail serait tout ou partiellement due aux conditions de travail, en cas de résiliation des rapports de travail, dans quel laps de temps peut-on considérer qu'une capacité de travail partielle ou totale pourrait à nouveau être reconnue sur le marché du travail? Sur le plan somatique Sur le marché de l'emploi, l'assurée pourrait mettre en valeur une capacité de travail complète dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus. Sur le plan psychiatrique Il n'y a pas d'incapacité de travail; l'assurée peut exercer à plein temps dans toute activité.

E. 6

Remarques personnelles: Néant.

E. 7

Dans l'alternative où nous serions en présence d'une fibromyalgie ou d'un trouble somatoforme douloureux, vous aurez l'obligance, comme l'exige la jurisprudence du TFA, de répondre aux questions suivantes: Cf. ci-dessus. L'assurée présente une affection corporelle chronique limitant l'exigibilité professionnelle à une activité adaptée." Dans un rapport du 9 novembre 2010, le Dr W. _____ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI a proposé de suivre les conclusions de l'expertise précitée qu'il qualifiait de "convaincante et détaillée". Selon une «Proposition de DDP» du 24 janvier 2011, le droit de l'assurée aux mesures d'ordre professionnel était ouvert compte tenu d'un préjudice économique de 23.02 %. Néanmoins, la faible intégration linguistique de l'assurée, ses capacités d'adaptation et d'apprentissage limitées et son faible niveau scolaire faisaient que des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables et ne permettraient pas de réduire le préjudice économique. Cette proposition se terminait ainsi: "Notre assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, par exemple: contrôle ou surveillance d'un processus de production, ouvrière à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore ouvrière de conditionnement. Nous aurions pu définir le métier adapté par le biais d'une orientation professionnelle, et octroyer une aide au placement, mais l'assurée a refusé toute mesure, ne

s'estimant pas apte à suivre une mesure quelconque, ni à travailler. Elle nous demande l'envoi de notre projet de décision en connaissance de cause."

- 10 - Par projet de décision du 8 mars 2011, l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI ou l'intimé) a informé l'assurée de son intention de rejeter le droit de celle-ci à des prestations AI. Il ressortait des constatations de l'OAI que le degré d'invalidité de 23.02 % était susceptible d'ouvrir le droit à des mesures professionnelles mais que celles-ci n'étaient toutefois pas envisageables car elles ne permettaient pas de réduire le préjudice économique. L'assurée pouvait mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle dans un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger. Il avait été proposé à l'assurée une orientation professionnelle afin de définir le métier le plus adapté ainsi qu'une aide au placement. Toutefois, suite au refus de l'assurée de toute mesure, le mandat de réinsertion professionnelle avait été bouclé. Le 16 mars 2011, l'assurée a formulé des objections contre le projet de décision précité invoquant notamment une intervention médicale à un orteil qui se serait mal déroulée ainsi que de fortes douleurs au niveau des hanches. Elle arguait également un grand stress du fait de la dégradation de son état de santé qui avait un impact très négatif sur sa santé psychologique, raisons pour lesquelles elle avait refusé une nouvelle orientation professionnelle. Par lettre du 21 mars 2011, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 25 avril 2011 pour produire un avis médical circonstancié indiquant précisément en quoi son état de santé s'était aggravé depuis l'expertise bidisciplinaire. Le 17 mai 2011, l'OAI a rendu une décision confirmant le projet, faute de nouveau rapport médical. B. Par acte du 13 juin 2011, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente, invoquant le fait que vu son âge et le chômage, il est en réalité très difficile de trouver un travail "fait sur mesure", qu'elle souffrait beaucoup de la colonne vertébrale et d'une dépression sévère.

- 11 - L'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision querellée par réponse du 25 août 2011. Le 21 septembre 2011, la recourante a produit un rapport médical établi à sa demande expresse le 20 septembre 2011 par le Dr R._____. Le médecin traitant y expose que sa patiente souffre de rachialgies et douleurs musculaires diffuses évoquant fortement une fibromyalgie et réfractaires à tout traitement, indiquant encore que malgré moult investigations, aucun substrat organique à ses douleurs n'avait été trouvé. 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'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative, RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

- 12 - c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile contre la décision rendue le 17 mai 2011 par l'OAI. S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'AI, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47) et la cause doit en conséquence être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise 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). 2. La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante compte tenu de son état de santé, et partant, son droit éventuel à la rente. 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 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 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. Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est

- 13 - invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente requiert cumulativement que l'assuré présente une capacité de gain ou à accomplir ses travaux habituels qui ne puisse être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qu'il ait présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il se trouve invalide (art. 8 LPGA) à 40% minimum (art. 28 al. 1 LAI). 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; TF 8C_657/2009 du 15 novembre 2010, consid. 4.1, 8C_24/2010 du 27 décembre 2010, consid. 2, 8C_1034/2010 du 28 juillet 2010, consid. 4.2 et 8C_704/2007 du 9 avril 2008, consid. 2). 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 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; VSI 2002 p. 64; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009, consid. 3.1; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.1). Elles l'emportent sur les constatations qui

peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré

- 14 - pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; TFA I 762/2002 du 6 mai 2003, consid. 2 et I 522/2000 du 22 mai 2001, consid. 2). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5, 9C_745/2010 du 30 mars 2011, consid. 3.1, 9C_921/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1 et 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, 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 confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors

- 15 - 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 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause 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 contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1 in SVR 2008 IV n°15 p. 43, 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 et 8C_392/2010 du 21 décembre 2010, consid. 5.2). 4. a) Des pièces médicales au dossier il ressort que le Dr K. _____ a posé, le 31 mars 2010, le diagnostic de fibromyalgie. Au terme de son rapport du 5 septembre 2010, le Dr R. _____ fait état de cervicalgies sur arthrose cervicale et discopathies cervicales diffuses, de douleurs chroniques, fibromyalgie, tunnels carpiens bilatéraux et état dépressif suite aux douleurs chroniques. Dans leur rapport du 27 septembre 2010, les experts ont notamment posé comme diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail celui de lombalgies chroniques (hernie discale L4-L5 paramédiane gauche, canal lombaire étroit L4-L5 et syndrome d'amplification des symptômes) ainsi que celui de syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite. Ces conclusions sont en substance concordantes avec celles

des Drs K. _____ et R. _____. b) Les médecins s'accordent aussi sur le diagnostic de fibromyalgie. Il convient cependant d'examiner le caractère invalidant de cette fibromyalgie. Selon le Tribunal fédéral, en effet, il se justifie d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

- 16 - Dans un arrêt du 12 mars 2004 (ATF 130 V 352), qui a été précisé par la suite (ATF 131 V 49), le Tribunal fédéral a établi que les troubles douloureux somatoformes, respectivement la fibromyalgie, n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de la loi. Il existe une présomption que ces problèmes de santé ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la personne assurée. Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et il a décrit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de la fibromyalgie. A cet égard, il faut retenir notamment au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus malade 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, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, 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 les plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps

- 17 - malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut

réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, a été effectuée. Il ne résulte pas de cette expertise que la recourante souffre d'une comorbidité psychiatrique; il n'y a pas de perte d'intégration sociale. En ce qui concerne l'état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), il n'y a pas d'élément au dossier en faveur de la réalisation de ce critère. Enfin, il n'y a pas d'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 132; 132 V 65 consid. 4.2.2).

- 18 - La présomption que la fibromyalgie ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible n'est ainsi pas renversée, étant précisé que l'expertise a toute valeur probante. L'expertise médicale bidisciplinaire tient, en effet, compte des plaintes de la recourante (pp. 6-7 du rapport d'expertise) et des rapports médicaux au dossier ainsi que ceux faisant suite aux examens radiologiques pratiqués (p. 2 et pp. 10-12 du rapport d'expertise). Elle contient une anamnèse complète (pp. 2-6 du rapport d'expertise) et un examen clinique a été pratiqué (pp. 7-9 du rapport d'expertise). Les conclusions de l'expertise sont claires et exemptes de contradictions (pp. 9-13 du rapport d'expertise). A l'aune de ces considérations on doit donc admettre la valeur probante de l'expertise diligentée par l'assureur perte de gain de la recourante (cf. consid. 3b supra). c) On retient par conséquent que sur le plan somatique, la recourante présente des atteintes chroniques objectivées qui ont pour incidence un certain nombre de limitations fonctionnelles incompatibles avec la poursuite de sa profession habituelle, soit celle de nettoyeuse. En revanche, ces limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus de

E. 10

kg, pas de position de porte-à-faux et en extension du rachis, nécessité de pouvoir alterner les positions assise/debout toutes les trente minutes et pas de travaux de force avec les mains ni mouvements répétitifs des poignets) permettent l'exercice d'une activité professionnelle adaptée, à savoir un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger tel que par exemple le contrôle ou la surveillance d'un processus de production, le travail à l'établi dans des activités simples et légères, ou encore celui dans le conditionnement (cf. Proposition DDP du 24 janvier 2011 de l'OAI). Quoiqu'en dise la recourante, son âge ainsi que le taux de chômage ne permettent pas de rediscuter les conclusions de l'expertise médicale à ce sujet. Le marché du travail équilibré recouvre en effet un large éventail d'activités simples et répétitives qui correspondent à un emploi léger respectant les limitations fonctionnelles observées et un nombre significatif d'entre elles, ne nécessitant pas de formation sont exigibles de la recourante, au demeurant ces activités sont, en règle générale,

- 19 - disponibles indépendamment de l'âge de la personne intéressée (cf. TF 9C_497/2012 du 7 novembre 2012, 9C_646/2010 du 23 février 2011, consid. 4 et 8C_657/2010 du 19 novembre 2010, consid. 5.2.3). d) Sur le plan psychiatrique, l'expertise ne retient aucune pathologie invalidante. e) Ainsi en raison de son affection d'ordre somatique (lombalgies chroniques et syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite), la recourante n'est

plus apte à poursuivre l'exercice de son activité habituelle de nettoyeuse. Cependant dans une activité adaptée à l'ensemble de ses limitations fonctionnelles, elle bénéficie d'une capacité de travail résiduelle totale. Après comparaison entre le revenu raisonnablement exigible de sa part sans invalidité (58'052 fr.) et celui exigible avec invalidité (44'686 fr. 60), il en résulte un préjudice économique de 13'365 fr. 40 correspondant à un degré d'invalidité de 23,02 % qui ne lui ouvre pas le droit à la rente AI (cf. consid. 3a supra). 5. a) En définitive mal fondé, le recours 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI); 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. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'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. à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD), sans qu'il se justifie d'allouer des dépens dès lors que l'intéressée, au demeurant non assistée par un - 20 - avocat, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA- VD).

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