

VD_GERICHTE ZD13.022324 vom 12. Februar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.022324

FR: VD_GERICHTE ZD13.022324 du 12 février 2015

IT: VD_GERICHTE ZD13.022324 del 12 febbraio 2015

Erwägungen

E. 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 LPGGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGGA 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. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Aux termes de 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 invalide à 50 % au moins, aux trois-quarts d'une rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins.

- 24 - Par ailleurs, l'art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, prévoit que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré.

E. 5

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3; TF I 1093/2006 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité au sens de l'art.

E. 8

LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré une atteinte à la santé mentale,

exercer une activité que le marché du travail équilibré lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Ainsi une atteinte à la santé psychique ne conduit à une incapacité de gain (art. 7 LPGA), que si l'on peut admettre que la mise à profit de la capacité de travail (art. 6 LPGA) ne peut, en pratique, plus être raisonnablement exigée de l'assuré (ATF 135 V 215 consid. 6.1.1; 135 V 201 consid. 7.1.1; 127 V 294 consid. 4c; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.1 et 9C_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1). 6. a) 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. 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 256 consid. 4; TF 9C_83/2013 du 9 juillet 2013, consid. 4.2, 9C_58/2013 du 22 mai 2013, consid. 3.1 et 9C_519/2008 du

E. 10

mars 2009, consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les

- 25 - 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. 3c, 105 V 156 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p. 64; TF 9C_58/2013 du 22 mai 2013 op. cit., I 312/2006 du 29 juin 2007, consid. 2.3 et TFA I 274/2005 du 21 mars 2006, consid. 1.2). b) 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, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013, consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, op. cit., 9C_66/2013 du 1er juillet 2013, consid. 4, 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1, 8C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009, consid. 3.3.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait

- 26 - que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors 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; TF 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août

2009, consid. 2; TFA I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant (TF 9C_791/2012 du 1er mars 2013, consid. 3.3, 9C_113/2008 du 11 novembre 2008, consid. 4.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). De même, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (TF 9C_907/2011 du 21 mai 2012, consid. 2, 9C_885/2007 du 15 septembre 2008, consid. 3.2, 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2 et 9C_607/2008 du 27 avril 2009, consid. 3.2). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012, consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011, consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 précité, loc. cit., avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au

- 27 - besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010, consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.2). 7. En l'espèce, l'OAI a retenu dans sa décision – suivant en ce sens l'avis du SMR du 5 octobre 2011, lui-même basé sur les conclusions du complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G. _____ et A. _____ –, que l'atteinte psychique actuelle du recourant était compatible avec une reprise de l'activité habituelle d'indépendant à plein temps, ceci au plus tard dès le 8 février 2011. Par rapport à leur première expertise psychiatrique du 10 février 2010 au terme de laquelle ils avaient conclu à une incapacité de travailler à 100%, les experts précités ont cette fois-ci posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'état dépressif majeur récurrent de gravité légère et/ou troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de l'alcool, de non ou mauvaise observance au traitement, de dépendance éthylique et de personnalité immature avec traits limites. Selon le Dr G. _____ et A. _____, il existerait une amélioration progressive de l'état psychique du recourant depuis son hospitalisation du 3 au 22 février 2010 à l'hôpital psychiatrique de la Fondation de [...] malgré une non-observance au traitement anti-dépresseur. A l'appui de sa nouvelle demande, le recourant a produit plusieurs rapports de ses médecins traitants, dont notamment en dernier lieu un certificat émanant de la Dresse Q. _____ et U. _____. Il soutient que ce rapport établi le 22 octobre 2013 attesterait l'existence d'éléments de nature à rendre plausible la péjoration de son état de santé ; la Dresse Q. _____ et U. _____ font état d'une intelligence limite (QIT 76), d'un fonctionnement limite de la personnalité ainsi que d'une atteinte organique supposée puis confirmée à l'examen neuropsychologique (difficultés de mémoire verbale à court terme, difficultés de mémoire de travail et un fléchissement exécutif). Le recourant s'estime ainsi

en incapacité de poursuivre ou reprendre l'exercice d'une activité indépendante telle qu'il l'exerçait précédemment voire éventuellement ne

- 28 - plus bénéficier d'aucune capacité de travail même dans une activité davantage adaptée à son état de santé ; il soutient qu'il apparaît hautement vraisemblable qu'il existe une origine cérébrale organique à la base de son trouble psychique et que ce n'est qu'une fois cette éventuelle atteinte mise en évidence qu'il sera possible de se déterminer en toute connaissance de cause sur son droit à la rente. Suivant les Drs K. _____ et H. _____ du SMR, l'OAI est d'un avis opposé à celui du recourant ; l'intimé considère d'une part que les affections à la santé d'intelligence limite et de fonctionnement limite de la personnalité ont déjà été relevées et prises en compte par les experts dans leurs expertises psychiatriques de février 2010 et septembre 2011. Il avance d'autre part que si un examen neuropsychologique a pu permettre de suspecter une origine organique, un tel examen aussi complet soit-il ne permet en aucun cas de la confirmer ; dans leur avis du 6 mai 2014, les médecins du SMR reprochent ainsi aux psychiatres traitants de ne pas avoir ordonné d'examens plus spécifiques tels un électro-encéphalogramme (EEG) ou une imagerie par résonance magnétique (IRM), seuls à même d'éventuellement confirmer la présence d'une atteinte cérébrale organique chez le recourant. Les Drs K. _____ et H. _____ ajoutent que quelque puissent être les déficits constatés par un EEG ou une IRM, il serait de toute manière impossible d'établir que ces atteintes étaient présentes au moment de la décision querellée. L'OAI estime par conséquent que la mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires à l'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G. _____ et A. _____ ne se justifie pas. a) Après avoir notamment pris connaissance du fait qu'il avait été annoncé depuis octobre 2012 que des examens neuropsychologiques allaient être effectués par les médecins traitants au début de l'année 2013 afin d'expliquer l'état psychique invalidant de l'assuré sur la durée, dans un avis médical « audition » du 22 novembre 2012, le Dr K. _____ – suivi dans les faits par l'intimé qui a rendu la décision attaquée le 23 avril 2013 – affirmait que les tests neuropsychologiques en question n'étaient pas aptes à décrire une situation qui prévalait dans le passé (« Des examens

- 29 - faits en 2013 ne peuvent pas avoir une portée rétrospective ») de sorte qu'il n'était pas nécessaire d'en attendre les résultats pour pouvoir se déterminer. C'est uniquement après leur réalisation que ce même médecin du SMR relève que si ces examens neuropsychologiques permettent de suspecter une origine organique, il y a cependant lieu d'être plus spécifique sur l'origine organique des déficits constatés ; à suivre les Drs K. _____ et H. _____ (cf. leur avis médical SMR du 6 mai 2014), pour objectiver, le cas échéant, une atteinte invalidante, un EEG ou une IRM s'avèrent devoir être mis en œuvre. L'OAI retient ainsi que n'ayant pas effectué de tels examens, le recourant doit en être pénalisé par le rejet de son recours. A l'instar du recourant, on constate que la position de l'intimé n'est pas défendable. Il n'est en effet pas possible à l'Office AI de reprocher a posteriori au recourant des manquements dans les examens réalisés par ses médecins sur l'origine organique de son état de santé psychique alors même qu'il ressort des explications du SMR de novembre 2012 que les examens neuropsychologiques envisagés au début 2013 étaient considérés comme étant inutiles dans le cas particulier. Pour que la position de l'OAI se tienne, les médecins du SMR auraient dû rendre attentif l'intimé, en novembre 2012 déjà, à l'importance des résultats des examens envisagés par les psychiatres traitants et notamment quant au besoin d'un EEG ou d'une IRM du recourant. Or, tel n'a pas été le cas en l'espèce. De plus, et contrairement à ce qu'en dit l'intimé, le complément d'expertise du

23 septembre 2011 du Dr G._____ et A._____ est par ailleurs peu probant (sur la notion de valeur probante d'un rapport médical, cf. consid. 6b supra) ; le versant psychotique de l'assuré relevé en février 2010 par le Dr G._____ et A._____ n'est plus mentionné dans leur complément du 23 septembre 2011 alors que les autres médecins le relèvent (cf. le rapport du 24 mars 2010 des Drs T._____ et J._____, le rapport du 22 juin 2010 du Dr W._____ et B._____, le rapport du 8 avril 2011 de la Dresse Q._____ et B._____ ainsi que les rapports des 25 février 2011 et 26 octobre 2012 de la Dresse P._____). Au surplus, tous les autres médecins s'accordent sur le caractère secondaire (et non pas primaire) de la dépendance alcoolique du

- 30 - recourant, alors que le Dr G._____ et A._____ le déclarent « en grande partie primaire » sans toutefois l'étayer. De manière générale, le complément d'expertise de septembre 2011 peine à convaincre. En février 2010, les experts concluent à une incapacité de travail totale liée à des facteurs inhérents à la personnalité de l'assuré ; ils relèvent depuis l'été 2009, une évolution sur un mode très régressif et apragmatique avec un sujet en proie à des manifestations anxieuses et qui semble très limité intellectuellement (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 10 février 2010 du Dr G._____ et A._____, p. 20). Environ une année et demi plus tard, ces mêmes experts observent une symptomatologie dépressive de gravité légère tout comme la symptomatologie anxieuse (cf. complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G._____ et A._____, p. 14). Or, l'unique explication fournie en lien avec le changement précité se base, à dire d'experts, sur une amélioration progressive de l'état psychique du recourant consécutive à son hospitalisation du 3 au 22 février 2010 (cf. complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G._____ et A._____, p. 16), ceci malgré une non-observance au traitement anti-dépresseur mis en œuvre (cf. complément d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2011 du Dr G._____ et A._____, p. 14). Or, l'hospitalisation en question l'a été sur un mode volontaire et principalement pour un sevrage alcoolique de l'assuré avec cure de désintoxication (cf. rapport du 17 février 2010 de la Dresse P._____). Les explications des experts emportent d'autant moins la conviction qu'elles se fondent sur l'appréciation du 8 avril 2011 de la Dresse Q._____ et B._____, lesquels spécialistes estimaient quant à eux que leur patient présentait toujours une incapacité de travail totale de durée indéterminée et évoquaient une hypothétique récupération les années suivantes en proposant une réévaluation au début 2012. Outre l'absence d'une explication objective des experts en lien avec l'évolution clinique favorable évoquée de la symptomatologie psychiatrique par rapport à leur précédente expertise, on doit également admettre avec le recourant que l'avis de ses médecins traitants diverge du Dr G._____ et A._____ en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail. Ainsi, dans leur rapport du 22 juin 2010, le Dr W._____ et B._____ retiennent une incapacité de travailler à 100% pour une durée

- 31 - indéterminée en raison des pathologies psychiatriques invalidantes du recourant. Le 16 février 2012, la Dresse P._____ certifie toujours traiter l'assuré et ceci pour une durée indéterminée. Mentionnant de fréquentes fluctuations de l'état thymique ainsi qu'une péjoration générale de l'état de santé de son patient depuis février 2011, cette psychiatre atteste, le 26 octobre 2012, une incapacité de travailler à 100% depuis avril 2009 à cause d'un état dépressif récurrent avec de graves troubles de l'humeur, de graves troubles du sommeil et de la concentration, d'idées paranoïdes avec sentiment d'être surveillé et persécuté. Cette évaluation est corroborée par la Dresse Q._____ et U._____ qui

précisent que l'assuré présente une pathologie psychiatrique au premier plan (cf. le rapport du 24 février 2012 de la Dresse Q._____ et U._____). En présence d'une atteinte à la santé vraisemblablement ancienne, il paraît peu possible de soutenir à l'instar de l'intimé que les tests psychologiques et neuropsychologiques réalisés par les médecins traitants au début 2013 ne sauraient avoir une portée rétrospective. Il n'existe en l'état aucun élément médical au dossier permettant de retenir que l'atteinte cérébrale organique suspectée soit postérieure ou antérieure à la décision litigieuse du 23 avril 2013. b) L'OAI soutient que le fonctionnement intellectuel limité invoqué le 22 octobre 2013 par les psychiatres traitants représente un aspect ayant été pris en compte dans le cadre de la rédaction du rapport d'expertise du Dr G._____ et A._____ daté du 10 février 2010 ainsi que dans leur complément du 23 septembre 2011. Or, l'aspect mental ne saurait être négligé dans le cas particulier. Il est en effet admis que la quantification exacte du quotient intellectuel (QI) peut avoir un caractère invalidant (cf. TFA I 642/2004 du 6 décembre 2005, consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_198/2011 du

E. 11

novembre 2011, consid. 6.2). Ainsi, selon le chiffre 1011 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) édictée par l'Office Fédéral des Assurances Sociales (ci-après : l'OFAS), toute diminution des facultés intellectuelles (oligophrénie, imbécillité, idiotie, démence) doit être quantifiée au moyen de séries de tests adéquats. Un - 32 - quotient intellectuel inférieur à 70 s'accompagne en règle générale d'une capacité de travail réduite. Certes, celui du recourant est légèrement supérieur, mais vu la situation et l'éventuelle atteinte cérébrale organique, il demeure toutefois nécessaire de procéder à une description objective des conséquences sur le comportement, l'activité professionnelle, les actes ordinaires de la vie et l'environnement social, ce d'autant plus que le recourant semble avoir toujours eu, à plus ou moins long terme, des difficultés dans ses activités professionnelles. Or, rien au dossier ne permet de se prononcer en toute connaissance de cause sur l'existence d'un éventuel lien entre le parcours professionnel difficile ainsi que les difficultés administratives du recourant et ses facultés intellectuelles limitées ou une éventuelle atteinte organique. c) Il s'ensuit qu'au vu des opinions contraires d'autres spécialistes auxquelles on peut également attribuer un caractère probant et qui s'avèrent aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des conclusions du complément d'expertise psychiatrique de septembre 2011 du Dr G._____ et A._____, la cause ne saurait être tranchée d'une part en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis. D'autre part, au vu de l'absence au dossier de tout élément médical apte à établir quelle est l'atteinte cérébrale organique et si cette atteinte est postérieure ou antérieure à la décision attaquée, la Cour de céans ne peut établir en l'état si le recourant a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé qui aurait perduré au-delà du 7 février 2011. Il apparaît dès lors justifié de renvoyer le dossier de la cause à l'OAI pour complément d'instruction sur le plan médical. Il appartiendra ainsi à l'office intimé d'ordonner qu'il soit procédé à toutes les mesures médicales nécessaires, à savoir une IRM, un EEG ainsi qu'une expertise psychiatrique et neuropsychologique complémentaire conformément à la procédure prévue à l'art. 44 LPGA, permettant notamment de décrire l'atteinte cérébrale organique dont souffrirait R._____ et de préciser son origine et les conséquences de dites atteintes sur sa capacité de travail. Compte tenu de l'issue du litige, la question de savoir si l'intimé était ou non fondé à choisir comme expert un médecin ayant préalablement été consulté par

- 33 - l'assureur perte de gain dans le contexte de droit privé peut demeurer indéfinie en l'état. 8. En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour qu'il rende une nouvelle décision après avoir procédé à un complément d'instruction conformément aux considérants du présent arrêt. a) Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. Selon la pratique récente de la Cour de cassation, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI (CASSO AI 230/11 du 23 avril 2012, consid. 7). Le droit fédéral prime en effet le droit cantonal qui lui est contraire, à savoir la règle de l'art. 52 LPA-VD, selon laquelle des frais de procédure ne peuvent pas être exigés de la Confédération et de l'Etat. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 francs et seront supportés par l'intimé qui succombe. b) Le recourant qui obtient gain de cause avec l'assistance des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, peut prétendre une indemnité de dépens à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA; 55 al. 1 LPA-VD; art. 7 al. 2 TFJAS [Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales du 2 décembre 2008, RSV 173.36.5.2]) et qu'il y a lieu de fixer à 2'500 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire.

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