

# **VD\_GERICHTE ZD13.050781 vom 28. Oktober 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-10-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD13.050781](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD13.050781)

FR: VD\_GERICHTE ZD13.050781 du 28 octobre 2014

IT: VD\_GERICHTE ZD13.050781 del 28 ottobre 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Problème actuel a. Affection psychiatrique actuelle M. N. \_\_\_\_\_ consulte à la demande des services sociaux. N'ayant jamais travaillé hormis des petits emplois, il ne se voit pas reprendre une activité professionnelle maintenant. Sur le plan psychologique, M. N. \_\_\_\_\_ ne se plaint de rien de particulier, si ce n'est de voir sa mémoire et ses capacités d'attention diminuer ces derniers temps. Il se décrit comme quelqu'un de plutôt renfermé et solitaire. Sur le plan somatique, M. N. \_\_\_\_\_ se plaint de douleurs à la hanche droite à la suite d'un accident de moto en septembre 2009. Il rapporte aussi une consommation régulière et presque quotidienne d'alcool (2 à 4 litres de bière) et de cannabis (1 à 2 joints le soir). b. Crise actuelle et contexte relationnel M. N. \_\_\_\_\_ est à l'aide sociale depuis 2001 et ne fait plus aucune recherche d'emploi depuis longtemps. Il n'a pas la volonté de travailler et voudrait « qu'on lui fiche la paix ». Il se dit prêt à assumer les conséquences financières de son refus. Il dit par ailleurs ne plus avoir la forme physique pour travailler, en raison de douleurs à la hanche à la suite de l'accident de moto mentionné plus haut.

### **E. 2**

Antécédents a. Antécédents psychiatriques Dépendance à la cocaïne et à l'héroïne.

- 3 - b. Antécédents de crise M. N. \_\_\_\_\_ n'a pas terminé de formation professionnelle et décrit n'avoir jamais réussi à s'insérer dans la vie active. Il mentionne des difficultés d'intégration au travail liées à des difficultés à supporter les ordres ainsi que les horaires imposés et à des conflits avec ses supérieurs. Il lui arrivait de réagir sur un mode impulsif, comme lors d'une altercation avec un de ses patrons en 1993 alors qu'il travaillait comme monteur de pneus, à la suite de laquelle il a été licencié. Le patient est également connu pour des antécédents judiciaires, il aurait été condamné en 1996 à 18 mois de prison ferme pour délits en matière de stupéfiants, brigandage et vol et plus récemment en 2009, il a été condamné à une peine pécuniaire de Fr. 5700.-- pour conduite en état d'ivresse, assortie de 6 mois de prison avec sursis.

### **E. 3**

Anamnèse familiale a. Antécédents psychiatriques familiaux Aucun connu. b. Anamnèse psychosociale M. N. \_\_\_\_\_ est le cadet d'une fratrie de deux avec une sœur de 49 ans, mariée avec deux enfants, qu'il n'a plus revue depuis 20 ans. Il dit n'avoir jamais été très attaché à la famille et décrit une mauvaise entente avec ses parents, avec qui il n'a plus de contact depuis de nombreuses années. Sur le plan scolaire et professionnel, le patient décrit une scolarité obligatoire sans particularité. Il a ensuite débuté un apprentissage de menuisier, qu'il n'a jamais terminé. Il a alors travaillé dans un garage comme monteur de pneus où il sera employé durant trois ans. C'est à cette période qu'il débute sa

consommation d'héroïne. Dans ce contexte, il a de plus en plus de difficulté à respecter les horaires de travail, il est accusé d'avoir volé de l'argent dans la caisse et il finit par être licencié suite à une altercation avec son patron. Il s'en suit une période où il est sans emploi et où ses consommations augmentent, période qui précède ses problèmes avec la justice cités plus haut. A sa sortie de prison, il part vivre en Martinique pendant trois ans et travaille sur un chantier naval. En 2001, il revient en Suisse à la suite d'une fracture au pied. M. N. \_\_\_\_\_ a été marié durant huit ans. De cette union est née sa fille, aujourd'hui âgée de 22 ans, avec qui il a un bon contact. Actuellement, le patient vit seul et a peu de contacts sociaux, en dehors de quelques amis « de bistrot ». Il se décrit par ailleurs comme quelqu'un de très solitaire. Sur le plan sentimental, le patient a eu plusieurs relations peu investies depuis son divorce.

#### **E. 4**

Observation a. Status psychiatrique Patient de 46 ans, faisant son âge, à l'allure marginale (crâne rasé et le corps couvert de tatouages) et à l'hygiène correcte. Il est orienté

- 4 - et collaborant. Le focus d'attention est partagé. Il n'y a pas de troubles de la mémoire ou de l'attention, et on ne relève pas de troubles formels de la pensée. L'humeur est neutre. Il n'y a pas de symptômes anxieux, ni de symptômes de la lignée psychotique, ni d'idéation suicidaire. Il y a une consommation continue d'alcool et de cannabis qu'il banalise. b. Observation psychopathologique ---

#### **E. 5**

Diagnostics a. Diagnostic psychiatrique (DSM-IV) ■ Difficultés liées à l'emploi. ■ Dépendance à l'alcool et au cannabis. ■ Possible trouble de personnalité non spécifié b. Formulation du cas (hypothèse psychodynamique) • Fonctionnement psychique (mécanismes de défense, identité diffuse, épreuve de réalité) Des tests psychologiques ont été effectués en date des 17 et 24 mai 2011, par Mme O. \_\_\_\_\_, psychologue adjointe, spécialiste en psychologie clinique. L'investigation psychologique ne montre pas de difficultés significatives au niveau cognitif, à l'exception de légères difficultés en mémoire d'apprentissage. A noter aussi que certaines épreuves sont réussies à la limite inférieure de la norme, ce qui peut expliquer aussi les plaintes subjectives du patient. • Thématique conflictuelle (thème conflictuel central) ---

#### **E. 6**

Processus a. Evolution du patient (crise et symptômes) En cours d'investigation nous avons proposé au patient une consultation en Alcoologie qu'il a refusée. Lors du bilan, M. N. \_\_\_\_\_ se dit satisfait de ces entretiens, rassuré sur l'absence de diagnostic psychiatrique et de difficultés cognitives. Suite à cela il dit ne pas ressentir le besoin de poursuivre un suivi psychothérapeutique. b. Décision Fin de l'investigation sans demande de suivi ultérieur." Dans une attestation médicale du 14 février 2012, le Dr Q. \_\_\_\_\_, médecin associé au sein du Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, exposait ce qui suit : "Le patient susnommé est suivi à ma consultation pour : • S/p. AMO plaque clavicule D le 20.01.2012 pour : • S/p. fracture médio-diaphysaire de la clavicule D traitée par plaque le 16.10.2009.

- 5 - •Pseudarthrose d'une fracture de l'épine antéro-supérieure sur prolongement de l'aile iliaque traitée conservativement. Pour ce qui est de la clavicule D, l'évolution après l'ablation de la plaque est favorable. Le patient doit néanmoins éviter tout effort au niveau

de cette épaule pour une durée totale de 2 mois. Pour ce qui est du bassin, le patient garde des séquelles d'une fracture de l'épine iliaque antéro-supérieure ayant évolué vers une pseudarthrose. Ceci rend les efforts prolongés difficile sous réserve d'augmentation de la symptomatologie douloureuse de l'hémi-bassin D. Compte tenu du délai de l'évolution, ces séquelles sont également valables à moyen et long terme." Dans un rapport médical adressé le 18 octobre 2012 au médecin-conseil de l'AI, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du CHUV, a communiqué les informations suivantes s'agissant du cas de l'assuré : "Le patient susnommé a été vu pour la dernière fois à la consultation du Dr Q. \_\_\_\_\_ au CHUV en date du 02.02.2012 pour un status post ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de la clavicule droite effectuée le 20.01.2012 avec une évolution favorable. Le patient était quasiment asymptomatique à ce niveau. Par contre, il a développé une pseudarthrose d'une fracture de l'épine antéro-supérieure droite provenant du même traumatisme que la fracture médio-diaphysaire de la clavicule droite en 2009 et qui avait été traitée conservativement. Celle-ci rendait les efforts prolongés difficiles sous réserve d'augmentation de la symptomatologie douloureuse de l'hémi-bassin droit. Ce sont les seules informations dont je dispose au sujet de ce patient que je n'ai pas suivi personnellement et qui n'a pas été revu pour une quelconque consultation dans notre service de traumatologie au CHUV. Pour cette raison, je suis dans l'impossibilité de pouvoir répondre à vos questions pour cette demande d'AI. Pour de plus amples renseignements, merci de contacter soit le Dr Q. \_\_\_\_\_ à la Clinique [...], soit le médecin traitant du patient, qui pourront peut-être vous renseigner de façon plus pertinente." Dans un rapport médical complété le même jour à la suite d'un dernier contrôle du 27 août 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_ du Centre Médical [...] SA a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status post fracture de la clavicule droite et de status post fracture-arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite depuis le 27 septembre 2009. Ce médecin retenait un pronostic excellent (guérison complète) en mentionnant une incapacité de travail de l'assuré à 100 % du 20 août 2012 au 2 septembre 2012. S'agissant des travaux encore exigibles de la

- 6 - part de l'assuré, le Dr K. \_\_\_\_\_ a précisé qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles. Par décision rendue le 9 janvier 2013, le Service de l'emploi, Instance juridique chômage – Division juridique des ORP, a considéré notamment ce qui suit : "[...] En l'espèce : L'assuré a été dûment averti, par plusieurs suspensions dans son droit à l'indemnité, que son comportement était contraire aux exigences de l'assurance-chômage. Malgré les sanctions et le rappel de ses obligations, l'intéressé a continué à se soustraire aux devoirs qui incombent à tout demandeur d'emploi dans le cadre de l'assurance-chômage et n'a pas remis de recherches d'emploi relatives au mois de novembre 2012 à l'ORP. Ainsi, en accumulant les motifs de suspensions notamment pour défaut de recherches d'emploi et en refusant continuellement, malgré les avertissements, de se conformer aux directives de l'assurance-chômage, l'assuré a fait preuve d'un comportement inadéquat de nature à justifier la remise en cause de son aptitude au placement. Pour ces motifs, l'aptitude au placement de l'intéressé doit être niée et il n'a plus droit aux indemnités journalières à compter du 1er novembre 2012. [...]" Dans un rapport du 8 février 2013 établi à la demande du conseil de l'assuré, le Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquait notamment ce qui suit : "Je vous remercie de m'avoir confié le dossier médico-asséculo-logique de Monsieur N. \_\_\_\_\_. Le but de ce document est l'évaluation fonctionnelle dans le cadre de la lésion du bassin lors de l'accident du 27 septembre 2009. Définition de la lésion Suite à l'accident de 2009,

monsieur N.\_\_\_\_\_ a subi une fracture du bassin. Plus précisément, il s'agit d'une fracture de l'aile iliaque droite. L'aile iliaque est une partie constitutive de l'os iliaque. Conséquences musculaires de la lésion osseuse.

- 7 - Cette fracture n'a pas guéri. En pratique, le fragment d'os détaché par la fracture ne s'est pas uni au reste du bassin. Il s'est donc créé une nouvelle articulation. Celle-ci se nomme une pseudarthrose. La pseudarthrose est bien visualisée sur la radiographie de bassin. Les conséquences de la lésion osseuse. La fausse articulation sépare donc deux fragments osseux et surtout divise les insertions musculaires sur cette partie de l'aile iliaque. Il existe d'une part des mouvements anormaux, à type de frottement os contre os. Ceci entraîne des douleurs lors des contractions des muscles. D'autre part, les muscles perdent leurs insertions normales sur l'aile iliaque. Ceci entraîne une diminution de la force de ceux-ci. Ces complications sont usuellement définitives. Je renonce, pour des raisons de clarté d'exposé, à citer en totalité les nombreux muscles lésés par cette pseudarthrose. De façon générale, il faut savoir que ces muscles font la jonction entre le tronc (« bas du dos ») et le membre inférieur droit. Les douleurs lors des contractions musculaires sont donc étendues du bas du dos en haut de la cuisse droite. J'insiste sur la lésion d'un muscle ou plutôt d'une association musculaire dont le rôle est fondamental. Il s'agit du muscle psoas-iliaque. Ce muscle est un véritable trait d'union entre le rachis, le bassin et la hanche. L'atteinte du muscle iliaque, qui s'insère sur l'aile iliaque, ici fracturée est évidente. L'atteinte du muscle psoas est une atteinte fonctionnelle, en raison de la synergie de fonctionnement de ces deux muscles. Il permet de fléchir la hanche et le tronc. Il aide au maintien de la lordose (« creux des reins ») de la colonne lombaire. Ce muscle agit de façon volontaire, par exemple lors de la flexion de la hanche et surtout fonctionne de façon permanente lors de la position debout. Les douleurs induites lors des anomalies de fonctionnement sont schématisées par le diagramme de Travell et Simons. En conclusion, la pseudarthrose résultant de la fracture du 27 septembre 2009 entraîne directement des douleurs dues à la pseudo-articulation entre les deux fragments. Elle entraîne indirectement une diminution de l'efficacité des muscles faisant la jonction entre le tronc et le membre inférieur. Ces dysfonctions douloureuses sont présentes lors de la marche, mais également lors de la position debout sans bouger. Conséquences des lésions musculo squelettiques Les douleurs sont constantes lors de la marche et lors de la position debout immobile. Il convient donc d'éviter tout poste de travail exigeant un piétinement sur place. La marche en terrain irrégulier est à proscrire, tout comme les marches prolongées de plus de 500 mètres. Le travail sur des lieux élevés (échelle et échafaudage) est également à proscrire. Enfin, le travail dans des lieux dangereux est

- 8 - également interdit. En effet, en cas de lâchage brusque des muscles, la chute est possible." Dans un rapport du 5 juin 2013, les Drs G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ du Service Médical Régional (SMR) de l'AI n'ont pas retenu de diagnostics invalidants mais uniquement l'existence de facteurs/diagnostics associés non du ressort de l'AI, à savoir une fracture de la clavicule droite, un arrachement osseux de l'épine iliaque antéro-supérieure droite, une pseudarthrose, une dépendance à l'alcool et au cannabis, des difficultés liées à l'emploi ainsi qu'un possible trouble de la personnalité. La capacité de travail de l'assuré était ainsi exigible à 100 % sans aucune limitation fonctionnelle. Ils mentionnaient encore ce qui suit : "Monsieur N.\_\_\_\_\_ est un assuré suisse de 49 ans, divorcé depuis 1997 avec un enfant. Il dispose d'une formation professionnelle initiale de menuisier mais sans CFC et il est sans emploi actuellement. N'ayant jamais pu vraiment s'insérer dans le monde

du travail du fait de difficultés relationnelles il a fait des petits boulots, majoritairement dans le montage des pneus. Il ne travaille plus depuis 1993 et est au bénéfice du RI [revenu d'insertion] depuis 2001. L'assuré a fait une chute à moto dans la nuit du 26 au 27 septembre 2009 sur le côté droit à 40 km/h. Il subit une fracture du tiers moyen de la clavicule D [droite] et un arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure D [droite] qui guérissent sans séquelles fonctionnelles (RM [rapport médical] du [...] du 18 octobre 2012). Le matériel d'ostéosynthèse de la clavicule est enlevé le 20.01.2012 avec une évolution favorable asymptomatique (RM Dr P. \_\_\_\_\_ CHUV 18.10.2012). Toutefois pour le bassin le diagnostic de pseudarthrose post fracture iliaque est retenu par le Dr P. \_\_\_\_\_ et rappelé dans l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ mandaté par l'avocat de l'assuré dans le cadre d'une demande d'aide juridique gratuite. Cette pseudarthrose serait responsable de douleurs à la marche, et lors des efforts prolongés. Toutefois le médecin généraliste de l'assuré conclut à l'absence de limitation fonctionnelle pour son patient (RM Dr K. \_\_\_\_\_ 18.10.2012). Sur le plan psychique une investigation CCPP est demandée par les services sociaux. Cette investigation psychiatrique retient des difficultés liées à l'emploi, une dépendance à l'alcool et au cannabis avec un possible trouble de la personnalité non spécifié. Aucune limitation fonctionnelle ni maladie invalidante psychiatrique ne sont retenues. Il n'y a pas de demande de suivi ultérieurement à l'investigation. En conclusion de ce dossier nous ne pouvons retenir aucune maladie incapacitante au sens de l'AI que ce soit au plan somatique ou au plan psychiatrique. La CT [capacité de travail] exigible est donc totale dans toute activité.”

- 9 - Par projet de décision du 10 juin 2013, l'Office AI a fait part à l'assuré de son intention de refuser le droit à des prestations. Se référant aux constatations et conclusions des médecins SMR, il observait l'absence de maladie incapacitante au sens de l'AI de l'intéressé sur les plans somatique et psychiatrique et constatait que celui-ci bénéficiait ainsi d'une capacité de travail totale dans toute activité. Le 11 juillet 2013, l'assuré a fait part de ses contestations sur le projet de décision précité. Il a produit à cet effet, les pièces/documents médicaux suivants : - une lettre du 6 juillet 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_ dont la teneur est notamment la suivante : “Je vous remercie de m'avoir adressé le projet de décision de l'Assurance Invalidité. Ce texte, quelque peu obscur du point de vue médical, s'oppose à mes conclusions et à celles du service de traumatologie. Je n'ai pas connaissance du rapport médical du Dr. K. \_\_\_\_\_ du 18 octobre 2012 ni du Dr. P. \_\_\_\_\_ : les possédez-vous ? A réception de ces rapports, je rédigerai volontiers quelques remarques utiles à l'analyse de ce projet, qui me semble pas acceptable en l'état.” - un rapport médical du 11 juillet 2013 établi par la Dresse S. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, à l'adresse du conseil de l'assuré et, dont la teneur était la suivante : “Je peux répondre à votre courrier du 20 juin [2013] comme suit : Je reçois M. N. \_\_\_\_\_ à ma consultation depuis le 31 janvier 2013. Il décrit des angoisses dans les situations où il est confronté à la foule. Il a un problème de proximité avec les gens d'où son isolement social. Son isolement s'est aggravé avec le temps, ce qui l'a même éloigné de ses amis. Il dit qu'il n'arrive pas à vivre avec les gens. Son état psychologique s'est péjoré depuis 2012. Il vivait une période très difficile : très angoissé, découragé face à ses difficultés d'ordre financier, il souffrait régulièrement d'anxiété, ressassait des idées noires et se montrait très pessimiste concernant son avenir sans issue. Il manque de motivation en général dans la vie, d'une

- 10 - irritabilité permanente et un isolement social. Sa consommation d'alcool est restée continue. M. N. \_\_\_\_\_ utilise l'alcool pour se calmer. M. N. \_\_\_\_\_ se sent limité dans

sa vie quotidienne, souffre d'une irritabilité permanente et s'inquiète beaucoup pour son avenir, son incarcération récente et à la promiscuité à laquelle, il allait être confronté. Il souffre de douleurs à la hanche et cela le handicape, son temps de marche est limité, il n'a pas la possibilité de faire du sport ni rester longtemps debout. Son état douloureux contribue encore à aggraver son état psychique. Il a une faible estime de soi et vit avec un sentiment d'inutilité et de tristesse. Ses angoisses, son isolement social et ses difficultés relationnelles empêchent l'exercice d'une activité professionnelle. D'après son anamnèse, son mal-être est présent depuis 2012, ce qui permet de supposer que la capacité de travail et de gain soit nulle depuis lors." Dans un rapport daté de « septembre 2013 », adressé au conseil de l'assuré, le Dr T. \_\_\_\_\_ exposait ce qui suit : "Je vous remercie de m'avoir adressé les courriers des Dr[s]. P. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_ ainsi que le projet de décision de l'Assurance-Invalidité. Le rapport du médecin associé au service d'orthopédie et traumatologie du CHUV rappelle les diagnostics déjà connus. Je note la précision du terme utilisé : « pseudarthrose ». Dans son rapport du 18 octobre 2012, le diagnostic retenu par le Dr. K. \_\_\_\_\_ pour le bassin est celui de « status post fracture- arrachement de l'épine iliaque antéro-supérieure droite ». Or, je rappelle que la fracture date de l'accident du 27 septembre 2009. De consensus international en traumatologie, au-delà de six mois sans guérison d'une fracture, la dénomination exacte est celle de pseudarthrose de la fracture. Le diagnostic de pseudarthrose de la fracture du bassin est donc retenu dès le mois de mars 2010. Le terme utilisé par le médecin de famille ne peut donc pas être retenu. Je suis quelque peu surpris par la lecture du chapitre traitement du même rapport. Il y est indiqué une « guérison complète ». S'agissait-t-il de la fracture de la clavicule, le terme étant utilisé au singulier, alors qu'il existe deux fractures ?

- 11 - On sait que la guérison spontanée, sans chirurgie, d'une pseudarthrose d'une fracture est chose plus qu'exceptionnelle et ce d'autant plus que la surface fractuaire est importante, comme dans le cas de M. N. \_\_\_\_\_. Comme je l'ai indiqué dans mon travail, la pseudarthrose de la fracture du bassin existe toujours, comme le prouve la radiographie. Elle n'est pas guérie. La notion de guérison de la pseudarthrose de la fracture du bassin ne peut en aucun cas être retenue. La simple lecture des radiographies le prouve. Il semblerait que l'Office mette en doute l'existence des douleurs : « Cette pseudarthrose serait responsable de douleurs à la marche, et lors des efforts prolongés ». Ceci est en contradiction à ce que j'ai observé lors de mes examens cliniques au cabinet (Cf. diagramme de Travell et Simmons). Il est loisible qu'une relecture de mon travail soit faite afin de prendre en compte le diagnostic exact, qui est celui d'une pseudarthrose douloureuse d'une fracture du bassin et d'apprécier les limitations fonctionnelles y relatives." Dans un avis médical du 16 octobre 2013, les Drs G. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ se sont déterminés comme il suit sur les pièces et documents médicaux produits par l'assuré : "[...] Le Dr T. \_\_\_\_\_ insiste sur le diagnostic de pseudarthrose pour la fracture iliaque non consolidée. Nous avons parfaitement retenu ce diagnostic qui figure à notre rapport d'examen SMR. Le Dr T. \_\_\_\_\_ est très critique à l'égard du médecin traitant quant au diagnostic de pseudarthrose et nous reproche d'avoir considéré les conséquences douloureuses au conditionnel, suivant en cela les conclusions du médecin traitant de l'assuré qui dans son rapport ne retient aucune limitation fonctionnelle (RM Dr K. \_\_\_\_\_ 18 octobre 2012). Nous sommes tout à fait prêt à accepter ces douleurs tout en sachant qu'au plan asséurologique cet élément ne constitue pas une preuve suffisante d'une affection incapacitante sauf à ce que les limitations fonctionnelles objectives qui en résulteraient ne soient explicitement mentionnées par le médecin à l'origine du rapport. Or à

ce jour le Dr T. \_\_\_\_\_ ne précise pas de limitations fonctionnelles objectives et ne fait pas non plus mention explicite d'une CT [capacité de travail] exigible diminuée pour l'assuré. Sur le plan psychique une investigation CCPP de novembre 2011 au dossier, demandée par les services sociaux, retient des difficultés liées à l'emploi, une dépendance à l'alcool et au cannabis avec un possible trouble de la personnalité non spécifié. Aucune limitation fonctionnelle ni maladie invalidante psychiatrique ne sont évoquées. Il n'y a pas non plus de demande de suivi ultérieurement à l'investigation. La lettre de la Dresse S. \_\_\_\_\_, psychiatre qui suit l'assuré (nous constatons à cet égard qu'elle ne suit l'assuré que depuis quelques mois...) ne vient en aucun cas contredire les

- 12 - résultats de cette investigation. Cette spécialiste ne pose aucun diagnostic psychiatrique strict au sens de la CIM 10 ou du DSM-IV et se contente majoritairement de décrire une situation psychosociale difficile qui est génératrice d'angoisses, de difficultés relationnelles et d'isolement social pour l'assuré. Ces éléments seraient les raisons motivant l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle mais encore une fois aucun diagnostic psychiatrique objectif n'est posé. La psychiatre termine son courrier en « supposant que la capacité de travail et de gain est nulle depuis 2012 début du mal être de l'assuré selon son anamnèse ». Il nous paraît difficile de retenir une capacité de travail nulle sur des suppositions basées sur une simple anamnèse et non étayées par un diagnostic clinique. Faute d'éléments médicaux objectifs et nouveaux aussi bien au plan somatique que psychiatrique nous ne pouvons être convaincus par les derniers rapports médicaux adressés par l'avocat de l'assuré et nous ne changeons donc pas les conclusions de notre rapport d'examen SMR du 5 juin 2013." Par lettre du 22 octobre 2013, l'OAI a écrit à l'assuré, en se fondant sur l'avis du 16 octobre 2013 des médecins du SMR, que sa contestation du 11 juillet 2013 et les derniers rapports médicaux produits n'apportaient aucun élément susceptible de modifier sa position, le projet du 10 juin 2013 étant fondé et devant être entièrement confirmé. Il joignait à ce courrier sa décision du 22 octobre 2013 rejetant la demande notamment pour les motifs suivants : "[...] Selon les informations en notre possession, vous avez fait une chute à moto dans la nuit du 26 au 27 septembre 2009 sur le côté droit à 40 km/heure. Vous avez subi une fracture du tiers moyen de la clavicule D [droite] et un arrachement de l'épine iliaque antéro supérieure D qui guérissent sans séquelles fonctionnelles selon le rapport médical du 18 octobre 2012 du Dr K. \_\_\_\_\_, votre médecin traitant. Le matériel d'ostéosynthèse de la clavicule est enlevé le 20 janvier 2012 avec une évolution favorable asymptomatique selon le rapport médical du 18 octobre 2012 du Dr P. \_\_\_\_\_ du CHUV. Toutefois, pour le bassin, le diagnostic de pseudarthrose post fracture iliaque est retenu par le Dr P. \_\_\_\_\_ et rappelé dans l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_. Cette pseudarthrose serait responsable de douleurs à la marche, et lors des efforts prolongés. Sur le plan psychique une investigation CCPP est demandée par les Services Sociaux. A ce propos, aucune limitation fonctionnelle ni maladie invalidante psychiatrique ne sont retenues. En conclusion de ce dossier médical, nous ne pouvons retenir aucune maladie incapacitante au sens de l'AI que ce soit au plan

- 13 - somatique ou au plan psychiatrique. En bref, votre capacité de travail est donc totale dans toute activité." B. Par acte du 22 novembre 2013, N. \_\_\_\_\_, représenté par Me Olivier Carré, a recouru contre cette décision devant la Cour de céans. Il a conclu, avec suite de dépens, principalement à l'annulation de la décision attaquée, qu'il soit dit et constaté qu'il a droit à des prestations de l'AI et subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Le recourant allègue en

substance que la décision attaquée a été influencée par des « questions d'amour- propre, des querelles de personnes » entre les médecins du SMR et le Dr T. \_\_\_\_\_, justifiant selon lui, la mise en œuvre d'une expertise. Il soutient que cette décision est fondée sur une appréciation erronée de l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ avec lequel l'atteinte à la hanche n'a jamais été évoquée, qu'il ne consultait de toute façon pas souvent ce médecin dont la question de la pseudarthrose de hanche ne relevait pas de la compétence. Il estime qu'un raisonnement similaire doit être tenu concernant l'appréciation émise par le Dr P. \_\_\_\_\_, lequel n'a été consulté qu'en relation avec les lésions claviculaires. Il soutient en outre que la composante psychiatrique ayant été sous-évaluée, une expertise pluridisciplinaire se justifie. Enfin, il relève que la décision litigieuse ne conteste pas que la pseudarthrose du bassin est une atteinte très douloureuse mais que celle-ci met en cause son caractère concrètement invalidant. Par décision du 17 décembre 2013 du Juge instructeur de la Cour de céans, le recourant s'est vu accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 22 novembre 2013, Me Olivier Carré étant désigné en tant qu'avocat d'office. Dans sa réponse du 23 janvier 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Dans sa réplique du 10 mars 2014, le recourant soutient notamment que le dossier ne permet pas de préciser la nature ni de quantifier les douleurs liées à la pseudarthrose de hanche dont il souffre,

- 14 - ni de mesurer leur impact sur sa capacité de travail et de gain, une expertise pluridisciplinaire judiciaire étant ainsi nécessaire. Au terme de sa duplique du 25 mars 2014, l'Office AI a confirmé ses conclusions en rejet du recours. Le recourant a maintenu sa requête d'expertise dans une écriture du 11 avril 2014. E n d r o i t : 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'assurance-invalidité (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, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action 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 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur

- 15 - les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2 et 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2). b) La question litigieuse porte en l'espèce sur l'évaluation de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail résiduelle, du recourant et partant, son droit éventuel à la rente AI. 3. 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 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).

- 16 - 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. c) 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 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). d) 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

- 17 - 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 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 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). 4. 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

- 18 - 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. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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). 5. a) Sur le plan psychiatrique, l'investigation CCPP du 15 novembre 2011 retient des difficultés liées à l'emploi, une dépendance à l'alcool et au cannabis avec un possible trouble de la personnalité non spécifié. Après plusieurs consultations et divers tests d'évaluation passés par le recourant, aucune limitation fonctionnelle ni maladie invalidante psychiatrique ne sont retenues. Il n'y a en outre pas de demande de suivi ultérieurement à cette investigation, le recourant s'étant dit rassuré de l'absence de diagnostic psychiatrique et de difficultés cognitives et ayant indiqué ne pas ressentir le besoin d'un suivi psychothérapeutique ultérieur à l'investigation en question. Certes la Dresse S.\_\_\_\_\_ estime que le recourant est en incapacité de travail totale

depuis 2012. Elle ne pose toutefois aucun diagnostic et ne fait état d'aucune limitation fonctionnelle. Elle se limite à relater les dires du recourant, décrivant une situation psychosociale difficile. Son évaluation de la capacité de travail de celui-ci n'est ainsi pas

- 19 - démontrée. Comme le relève le Dr G. \_\_\_\_\_, les conclusions de la Dresse S. \_\_\_\_\_ ne sauraient être suivies. Aucune incapacité de travail ne peut dès lors être retenue sur le plan psychiatrique. b) Sur le plan somatique, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status post AMO plaque clavicule droite pour un status post fracture médio-diaphysaire de la clavicule droite traitée par plaque le 16 octobre 2009 et pseudarthrose d'une fracture de l'épine antéro-supérieure sur prolongement de l'aile iliaque traitée conservativement. Ce médecin ne retient aucune incapacité de travail. Le Dr P. \_\_\_\_\_, se référant à l'examen pratiqué par le Dr Q. \_\_\_\_\_ le 2 février 2012, indique que cette pseudarthrose rendait les efforts prolongés difficiles sous réserve d'augmentation de la symptomatologie douloureuse de l'hémi-bassin droit. Il ajoute que le recourant n'a plus consulté depuis lors le service de traumatologie. Dans son rapport du 18 octobre 2012, le Dr K. \_\_\_\_\_, constate une guérison complète du recourant et n'indique qu'une brève incapacité de travail du 20 août 2012 au 2 septembre 2012. Aucune limitation fonctionnelle n'est retenue. Même si le Dr K. \_\_\_\_\_ n'est pas un spécialiste en orthopédie, cela n'empêchait pas le recourant de lui faire part de ses divers problèmes de santé. Or le Dr K. \_\_\_\_\_ n'en mentionne aucun, ni de plaintes du recourant. Le rapport du 8 février 2013 du Dr T. \_\_\_\_\_ est fondé uniquement sur le dossier que lui a transmis le conseil du recourant comme l'indique ce praticien au début de ce rapport. Dans ses rapports subséquents, le Dr T. \_\_\_\_\_ indique être appelé à se prononcer sur le projet de décision de l'OAI puis sur les rapports des Drs P. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_. Contrairement aux Drs Q. \_\_\_\_\_ et K. \_\_\_\_\_, il n'a ainsi pas procédé à l'examen clinique du recourant. Les considérations de ce médecin sont donc purement théoriques. Il ne retient en outre pas d'incapacité de travail. Les Drs G. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_ relèvent dans leur

- 20 - avis du 16 octobre 2013 que le Dr T. \_\_\_\_\_ insiste sur le diagnostic de pseudarthrose pour la fracture iliaque non consolidée, diagnostic qu'ils ont également retenu. S'agissant des douleurs, ils précisent qu'au plan assécurologique l'élément subjectif qu'est la douleur ne constitue pas une preuve suffisante d'une affection incapacitante sauf à ce que les limitations fonctionnelles objectives qui en résulteraient ne soient explicitement mentionnées par le médecin à l'origine du rapport, ce qui n'est pas le cas du Dr T. \_\_\_\_\_. Quant à une prétendue querelle entre les médecins du SMR et le Dr T. \_\_\_\_\_ comme le soutient le recourant, elle ne trouve aucun fondement dans le dossier. Il suit de là qu'aucune incapacité de travail n'est établie sur le plan somatique. c) En conséquence c'est à juste titre que l'OAI a considéré que le recourant avait une pleine capacité de travail dans toute activité. A titre superfétatoire, on ajoutera que même si l'on retenait avec le Dr T. \_\_\_\_\_ que le recourant devait éviter tout poste de travail exigeant un piétinement sur place, la marche en terrain irrégulier ou marche prolongée de plus de 500 mètres, le travail sur des lieux élevés ou dangereux, cela ne modifierait pas l'issue du litige. En effet, selon l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. En l'espèce, il résulte de l'extrait des comptes individuels du recourant qu'il est sans activité lucrative depuis 2007 et que depuis 1997, ses revenus annuels n'ont pas excédé 15'000 fr. environ.

Le recourant est menuisier de formation sans CFC et a occupé divers emplois jusqu'en - 21 - 2007. Pour évaluer l'invalidité, on devrait alors retenir un revenu sans invalidité évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS). En l'occurrence, le salaire de référence serait celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (production et services), soit en 2012, 5'210 fr. par mois, part au 13ème salaire comprise (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, TA 1 niveau de qualification 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique, 4-2014, p. 90, tableau B 9.2), le revenu mensuel s'élèverait à 5'431 fr. 45 (5'210 fr. x 41,7 / 40), ce qui donnerait un salaire annuel de 65'177 fr. 10. Le salaire avec invalidité devrait également être fondé sur l'ESS 2012. Dès lors qu'aucune incapacité de travail n'est retenue dans une activité respectant les limitations fonctionnelles évoquées par le Dr T. \_\_\_\_\_, le montant de 65'177 fr. 10 pourrait au grand maximum être réduit de 10% (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Ainsi même dans cette hypothèse, le recourant n'aurait droit à aucune prestation. d) Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 1140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014). 6. a) En définitive mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

- 22 - 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. En principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1bis LAI et 49 al. 1 LPA- VD). 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). Il convient par conséquent d'arrêter les frais de justice en l'espèce à 400 francs. c) Le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, de sorte que les frais de justice, ainsi qu'une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure seront supportés par le canton provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010, RSV 211.02.3]) –, le conseil d'office a produit une liste de ses opérations pour un total de 1'080 fr. 45 TVA comprise (dont 05h.28 de travail d'avocat et 50 fr. de débours). Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (soit 05h.28 à 180 fr./heure au tarif de

l'avocat), et d'y ajouter les débours, par 50 fr. (art. 3 al. 1 RAJ), et la TVA de 8 %, ce qui représente un montant total de 1'080 fr. 45. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD).

- 23 -

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