

# **VD\_GERICHTE ZD19.007048 vom 22. Juli 2019**

VD Tribunal cantonal, 2019-07-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD19.007048](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD19.007048)

FR: VD\_GERICHTE ZD19.007048 du 22 juillet 2019

IT: VD\_GERICHTE ZD19.007048 del 22 luglio 2019

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation

- 9 - expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité au-delà du 31 octobre 2014.

### **E. 3**

a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente, qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5 ; 130 V 343 consid. 3.5.2 et 125 V 368 consid. 2 et la référence citée ; TF 9C\_399/2015 du 11 février 2016 consid. 2 ; TF 8C\_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 3). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au

- 10 - sens de cette disposition (ATF 130 V 71 consid. 3 ; TF 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1) qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). b) Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la

rente, peut motiver une révision ; la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 133 V 545 consid. 6.1 ; 130 V 343 consid. 3.5 et 113 V 273 consid. 1a). Une appréciation différente d'une situation demeurée inchangée pour l'essentiel ne constitue pas un motif de révision (TFA I 491/03 du 20 novembre 2003 consid. 2.2 in fine et les références citées). c) En l'espèce, l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée de janvier 2014 et a procédé à l'instruction du cas. Il convient dès lors d'examiner si, entre la dernière décision de suppression de rente – soit la décision du 20 février 2003 – et la décision litigieuse du 10 janvier 2019, l'état de santé de la recourante s'est modifié de façon à influencer son droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

#### **E. 4**

a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle 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, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). Selon la jurisprudence, le délai d'attente d'une année commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail, un taux d'incapacité de 20 % étant déjà considéré comme pertinent en ce sens (TF 9C\_162/2011 du 11 novembre 2011 consid. 2.3 et la référence citée).

- 11 - b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 ; 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1 et les références citées). c) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

#### **E. 5**

a) Le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2). Il a notamment abandonné la

- 12 - présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette modification jurisprudentielle n'influe cependant pas sur la jurisprudence relative à l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectif de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). b) La preuve d'un trouble somatoforme douloureux, d'une affection psychosomatique assimilée ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, que l'atteinte soit diagnostiquée par l'expert selon les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 2.1.2 et 2.2). c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). De surcroît, il convient d'analyser le contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences

- 13 - fonctionnelles négatives, elles doivent être mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (ATF 141 V 281 consid. 4.4 et les références citées). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par

l'ATF 141 V 281 ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu d'examiner dans chaque

- 14 - cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en œuvre il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; 137 V 210 consid. 6 ; TF 9C\_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1).

## **E. 6**

a) En l'espèce, on constate que la recourante présente des troubles sur plusieurs plans. aa) Sur le plan rhumatologique, la recourante souffre principalement de syndrome lombovertébral récurrent sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire sans signe de discopathie, induisant des limitations dans le port de charges en porte-à-faux avec long bras de levier de plus de 5 à 10 kg et de manière répétitive ainsi que des mouvements de genuflexion de manière répétitive. L'expert a ajouté qu'il notait l'existence d'une discopathie L5-S1 et une gonarthrose tri-compartimentale bilatérale mais qui restait modeste et qui n'expliquait pas l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Les lombalgies et gonalgies, vu leur importance minime, étaient à intégrer dans le contexte du syndrome polyinsertionnel douloureux. L'expert rhumatologue a notamment constaté que la recourante était capable, de manière autonome, d'aller aux toilettes, d'effectuer ses soins corporels, d'enfiler des bas, de faire le ménage léger, de s'habiller, de prendre le bus seule, d'être passagère d'un véhicule pendant une heure, de prendre la poussière, de marcher pendant 30 minutes à plat, de cuisiner et de porter des charges de moins de 5 kg. Elle a en revanche besoin de l'aide de son fils pour sortir de la baignoire, lacer ses chaussures et pour enfiler des chaussettes. Elle n'est pas capable de faire les commissions légères, de nettoyer les vitres, d'effectuer les commissions lourdes, de passer l'aspirateur (effectué par sa sœur ou son mari ou sa fille). L'expert a en outre relevé que la recourante était légèrement démonstrative et qu'elle arrivait à s'asseoir pendant les deux

- 15 - heures et demie de l'entretien sans opter de position antalgique. Il a observé qu'elle marchait sans boiterie, sans précaution, que la marche sur les talons et la pointe de pieds était sans particularité, que le sautellement unipodal et bipodal était possible, mais difficile et que l'accroupissement et le relèvement s'effectuaient jusqu'à 90° sans être douloureux. L'expert a ajouté que lorsqu'il était allé chercher la recourante en salle d'examen, l'intéressée s'était levée d'un bloc, sans signaler de douleur, avait suivi l'expert dans le cabinet sans boiterie en portant une canne à droite sans l'utiliser, s'était dévêtue et vêtue de manière fluide, s'était couchée et relevée de manière fluide en exprimant la douleur de manière modérée et qu'elle était descendue les deux étages d'escaliers sans allégation douloureuse et en s'aidant de la rampe. L'expert a constaté que la recourante avait bénéficié d'une arthroplastie de la hanche droite en 1999 puis de la hanche gauche en 2007 qui avait permis d'améliorer sa situation et a considéré que, vu le résultat favorable post opératoire des hanches, sa capacité de travail pouvait être estimée à 80% dans les activités ménagères et à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En outre, les diagnostics et les limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique sont motivés et

fondés sur une bonne connaissance du dossier et des examens complets, tenant compte des plaintes de la recourante. Le Dr Y. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 22 mars 2018, ne s'écarte pas des diagnostics posés par le Dr H. \_\_\_\_\_ et n'apporte pas d'élément permettant de mettre en doute les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé sur la base du rapport d'expertise. Il y a ainsi lieu de les confirmer. bb) Sur le plan psychiatrique, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'un éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale. Il a relevé qu'au vu des éléments anamnestiques, rien ne laissait supposer que la recourante avait souffert de troubles psychiques. Il a examiné les résultats des tests psychométriques et a considéré qu'ils ne plaident pas pour une symptomatologie dépressive significative, ni en faveur d'une

- 16 - symptomatologie anxieuse marquée, ce qui était confirmé par l'examen clinique.

L'examen neuropsychologique était dans les normes et il n'y avait pas d'argument en faveur d'un trouble de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale. L'expert a examiné les différents tableaux cliniques des troubles somatoformes avant de poser ce diagnostic précis. Le Dr L. \_\_\_\_\_ et le Dr H. \_\_\_\_\_ avaient déjà émis cette hypothèse et le Dr V. \_\_\_\_\_ a suivi ces conclusions, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. L'expert a considéré que ce trouble n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Il a observé que la recourante se déplaçait relativement lentement mais sans grande difficulté, en utilisant une canne dans la main gauche ; la recourante n'était pas querulente, ni revendicatrice. Il a relevé que l'assurée était souvent secondée par sa sœur, son époux ou ses enfants pour les tâches ménagères en raison de ses douleurs au dos et ses difficultés à maintenir certaines positions. Il a relevé qu'il n'existait pas de comorbidité psychiatrique incapacitante et que la recourante disposait d'un environnement personnel, familial et social tout à fait favorable. Le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a ainsi pas suivi la grille d'évaluation normative et structurée selon la jurisprudence pour évaluer la surmontabilité et, ainsi, la capacité de travail de la recourante. A l'instar du Dr V. \_\_\_\_\_, il y a lieu de constater que l'expertise permet cependant une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des indicateurs déterminants. aaa) En ce qui concerne le volet du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, le Dr V. \_\_\_\_\_ a examiné les éléments pertinents qui ont conduit le Dr R. \_\_\_\_\_ à poser le diagnostic d'éventuel trouble douloureux associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale : « Tout d'abord il convient de préciser que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux (« TSD » pour la suite du texte) est qualifié d'« éventuel », ce qui ne permet pas de le considérer avec un degré de certitude affirmé. Néanmoins, l'expert a posé son diagnostic en se référant à la CIM10 et au DSM-IV et a opté pour ce diagnostic en définitive puisqu'il lui applique les critères de

- 17 - Foerster. Nous passons donc sur le qualificatif employé pour décider de réexaminer le cas, nous réservant d'y apporter quelques commentaires. De plus, nous ne trouvons pas dans ce dossier de majoration des plaintes ni de critères pouvant témoigner d'une exagération (observation de l'assurée page 9: en s'habillant, « elle exprime la douleur de manière modérée »), elle suit un traitement antalgique, témoignant de la présence des douleurs, les douleurs décrites (indications subjectives de l'assurée page 6) peuvent être en partie seulement rapportées à des douleurs mécaniques, météo- dépendante, comme il en est attendu dans les troubles dégénératifs. Ainsi, nous détaillons les indicateurs : A. Catégories degré de gravité fonctionnel : a. Complexe atteinte à la santé : i. expression des éléments pertinents pour le diagnostic : si les plaintes sont bien corrélées à ce qu'on attend dans une atteinte dégénérative étant augmentées par le mouvement et météo- dépendantes, elles ont

également un caractère vague, ne respectant pas les dermatomes et sont associées au stress et aux angoisses. L'importance est de les apprécier en termes de limitation fonctionnelle. Le fait de se lever d'un bloc, sans s'appuyer, nous dit que la gonarthrose bilatérale, quoique tricompartimentale, a bien peu de répercussion fonctionnelle, et que la corrélation avec l'imagerie radiologique qui la décrit comme minime est réelle. La canne apparaît classiquement comme le témoin d'une souffrance et dans le parcours jusqu'à la salle d'examen est portée sans l'utiliser. Le fait pour un lombalgique de rester 2,5 heures sans devoir se lever pour trouver une nouvelle position antalgique témoigne de l'absence de douleur durant l'examen. On pourrait trouver là de quoi justifier l'hésitation de l'expert psychiatre à affirmer son diagnostic en employant le qualificatif d'« éventuel TSD ». Les douleurs polyarticulaires sont bien présentes à l'examen, et résonnent bien avec le caractère vague signalé supra. Cependant l'expert rhumatologue est frappé par la « discordance entre les plaintes de l'assurée, l'impotence fonctionnelle qu'elle décrit dans ses activités de la vie quotidienne et professionnelles dans les examens cliniques et paracliniques effectués jusqu'à ce jour ». Il est d'autant plus difficile de se faire une idée de ce qui se passe dans les activités ménagères dans la mesure où « l'entourage est mobilisé probablement pour des raisons socio-culturelles ». Cependant, l'expert psychiatre estime qu'elle ne paraît pas limitée dans son fonctionnement quotidien. La caractéristique du TSD est « qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psycho-sociaux ». On ne retrouve pas ces éléments dans le cas d'espèce, susceptibles d'entretenir le trouble, et ce après une expertise psychiatrique bien conduite. En effet la dépression de 2012 a été traitée avec succès par du Saroten, l'entente avec la famille ne laisse pas apparaître de conflit. Il est donc très vraisemblable que nous nous situons dans une définition limite du TSD dont les conséquences fonctionnelles pour justifier une incapacité de travail ne parviennent pas à convaincre. »

- 18 - On ajoute que l'expert a diagnostiqué une sous-catégorie du trouble somatoforme, lequel est en l'espèce associé à des facteurs psychologiques et une affection médicale générale qui jouent un rôle majeur dans le déclenchement, l'intensité, l'aggravation et la persistance de la douleur. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a observé que la recourante n'était pas limitée dans son fonctionnement quotidien en dehors des limitations consécutives à ses problèmes somatiques objectifs. En effet, la recourante annonçait des douleurs multiples, notamment au niveau des deux côtés des hanches et du bas du dos, qui sont en relation avec les atteintes physiques. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le degré de gravité inhérent au diagnostic ne paraît ainsi pas élevé. bbb) Le Dr V. \_\_\_\_\_ a également décrit les traitements thérapeutiques auxquels s'est soumise la recourante sur le plan psychiatrique : « ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard : le pronostic est mauvais, particulièrement en raison de la conviction de l'assurée. L'octroi d'une rente durant 10 ans a probablement ancré l'assurée dans sa conviction personnelle de rester invalide « à vie ». L'importance du traitement antalgique comportant 3x1 gr de paracétamol par jour, 15 gouttes de Tramal 1/j « si douleur » et Trittico 50 mg/j pour augmenter le seuil d'apparition de la douleur paraît relativement léger en rapport avec les douleurs alléguées (entre 3 et 7 sur l'échelle visuelle analogique/ 0 = pas de douleur,

## **E. 10**

%. Même en tenant compte de son âge, on ne dépasserait pas un taux de 15%. Le degré d'invalidité est ainsi inférieur à 40%. Au vu de ce qui précède, l'intimé était fondé à refuser à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2014. 8. Il n'y a pas lieu

de procéder à une expertise complémentaire ni à l'audition de l'époux et des deux enfants de la recourante tel que cette dernière l'a requis, dès lors que de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2). 9. a) En définitive, le recours, mal fondé, 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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des

- 28 - assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Toutefois, dès lors qu'elle a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, l'exonération d'avances et des frais de justice, ces frais sont laissés provisoirement à la charge de l'Etat (art. 122 al. 1 let. b et 123 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est toutefois rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). c) La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD). d) Le conseil de la recourante ayant renoncé à toute indemnité pour le cas où le recours ne serait pas admis par courrier du 1er juillet 2019, il y a lieu d'en prendre acte.

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