

VD_GERICHTE ZD18.008105 vom 22. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.008105

FR: VD_GERICHTE ZD18.008105 du 22 août 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.008105 del 22 agosto 2019

Erwägungen

E. 2

chambres, cuisine et salon) avec son enfant de 12 ans. C'est elle-même qui s'occupe de faire le ménage, bien qu'avec difficultés, selon ses dires, en raison de ses douleurs physiques. Elle s'occupe également de sa personne et de son fils cadet ainsi que de faire les achats. Elle entretient une vie sociale relativement pauvre et restreinte en raison de ses problèmes au niveau physique, car elle se sent très rapidement fatiguée en raison de ses comorbidités. Madame se lève à 6h, prépare le petit déjeuner pour son fils et elle. Une fois ce dernier parti à l'école, elle fait son ménage. Elle se plaint souvent de douleurs en lien avec sa santé et de ses difficultés à faire le ménage. L'assurée déjeune à midi puis passe l'après-midi à regarder la télévision. Notions de sorties pour faire des courses (« pour se faire plaisir ») ainsi que de promenades au bord du lac en prenant des photos. Le soir, elle soupe avec son fils à 20h30 et lorsqu'ils ont terminé, le reste de la soirée est consacrée à voir des films à la télévision. Elle se couche vers 23h ; le sommeil se présente non réparateur et fluctuant pendant la nuit.

E. 3

Appréciation de la partie non médicale du dossier, relative par ex. à l'entraînement au travail et à la tenue du ménage Mme Z. _____ est autonome pour l'entretien de son ménage (bien qu'elle relate des difficultés – plus de temps pour le faire – ainsi que de la fatigue). L'assurée n'a pas de permis de conduire, cependant elle se déplace aisément en transports publics. Elle ne travaille pas depuis 2012 (dernier emploi dans un cabaret). [...]

E. 5

En cas de maladie addictive, examen de la question de savoir si un trouble préalable ayant valeur de maladie grave a conduit au syndrome de dépendance L'assurée nie actuellement la consommation d'OH [alcool] ainsi que d'autres substances psycho-actives. A noter que Mme Z. _____ consommait par le passé plusieurs substances telles que cocaïne et opiacées. Elle se dit abstinente depuis plusieurs années. Cette dépendance doit être considérée comme primaire.

E. 6

Le syndrome de dépendance a-t-il entraîné un trouble irréversible ? On note, dans le passé, la présence d'un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (12.10.2012). Cependant, l'évaluation clinique ne laisse pas apparaître la présence de troubles cognitifs majeurs (ayant un impact clinique significatif sur l'autonomie ou la capacité de travail).

E. 7

Analyse détaillée de la personnalité actuelle de l'assuré et de son évolution [...] Clivage, identification projective, dépendance affective de l'entourage, sentiment de vide et labilité

émotionnelle sont présents dans le discours de la patiente, ce qui nous renvoie à la présence d'un trouble de la personnalité de type émotionnellement labile et borderline. Néanmoins, en lien avec le degré d'autonomie, l'absence de gestes auto-dommageables récents et la stabilité des relations

- 20 - interpersonnelles, on doit considérer le trouble de la personnalité comme non décompensé.

E. 8

Indications détaillées sur les atteintes à la santé que présente l'assuré et sur les ressources personnelles dont il dispose Mme Z._____ se plaint de douleurs au niveau dorsal et lombaire qui apparaissent en faisant le ménage. Elle évoque, pendant l'entretien, une fatigue accrue et avoir un sommeil non réparateur. Perturbation des capacités cognitives au niveau de l'attention, la concentration et la mémoire. La thymie est généralement neutre. Ce sont les problèmes qu'elle rencontre dans l'éducation et, globalement, dans la cohabitation avec ses enfants qui sont à l'origine d'un sentiment ponctuel d'insatisfaction et de débordement émotionnel. III. Diagnostics (selon classifications ICD-10) 1. Diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail, depuis quand Nihil. 2. Diagnostics n'ayant pas une incidence sur la capacité de travail, depuis quand -F 10. Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation des substances psycho actives multiples actuellement abstinentes mais avec un traitement aversif -F 33.4 Trouble dépressif récurrent actuellement en rémission -F 61 Trouble de personnalité mixte à traits émotionnellement labiles et dépendants, non décompensé. -Z 55.0 Difficultés liées à l'éducation et l'alphabetisation. 3. Interactions des diagnostics : Analyse complète et détaillée des interactions entre les différents diagnostics établis ayant des incidences sur les capacités fonctionnelles de l'assuré dans tous les domaines, et appréciation de ces diagnostics faite lors de l'évaluation finale des experts La structure de la personnalité émotionnellement labile et dépendante provoque chez l'assurée un sentiment chronique de vide seulement atténué par sa dépendance affective vis-à-vis de son entourage familial. Cependant, la relation avec les proches (enfants, famille au W._____) est dysfonctionnelle et source de tristesse et frustration, ce qui favorise l'apparition de symptômes dépressifs et anxieux de nature réactionnelle. La symptomatologie dépressive est

- 21 - légère et fluctuante mais le fond anxieux (en lien avec le trouble de la personnalité) reste persistant. IV. Traitement et réadaptation 1. La thérapie suivie jusqu'à présent est-elle conduite dans les règles de l'art (nature et ampleur des thérapies, intensité requise, dosage) ? Le traitement est composé de 2 antidépresseurs, plusieurs anxiolytiques et un opiacé, notamment le Tramadol. Le réseau thérapeutique actuel est très structurant pour la patiente et semble conduit dans les règles de l'art. Il existe cependant une prescription très élevée de traitements à visée anxiolytique (Seresta, Atarax, Lexotanil et Redormin) qui ont probablement un effet sur les fonctions cognitives et l'état de fatigue. Cette situation est péjorée par la grande quantité de Tramadol prescrite qui, associée à plusieurs sortes de benzodiazépines, renforce le ralentissement psychomoteur. 2. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré au cours des thérapies effectuées La coopération est décrite comme bonne. [...] 4. Indications détaillées relatives à la coopération de l'assuré si ses (propres) efforts de réadaptation n'ont pas été couronnés de succès Mme Z._____ n'a jamais fait l'objet de mesures de réadaptation [...] 7. Considérations fondées relatives au caractère raisonnablement exigible des mesures de réadaptation Du point de vue théorico-clinique, rien n'empêche cette assurée d'exercer une activité professionnelle. Elle

présente quelques troubles cognitifs légers qui sont attribuables au traitement psychotrope et qui devraient s'améliorer avec une adaptation de celui-ci. V. Cohérence 1. Analyse détaillée et appréciation critique des divergences apparues entre les symptômes décrits et le comportement de l'assuré en situation d'examen, entre les observations faites par les experts de différentes spécialités, ou entre les éléments du dossier et les activités quotidiennes de l'assuré Le comportement de l'assurée lors des 3 entretiens est cohérent avec les pièces médicales contenues dans le dossier.

- 22 - 2. Analyse détaillée et appréciation critique des répercussions de l'incapacité de travail invoquée dans tous les domaines (profession/activité lucrative, ménage, loisirs et activités sociales) Mme Z. _____ se plaint de douleurs, troubles du sommeil, fatigabilité, trouble de la mémoire et trouble de la concentration. D'un point de vue psychologique, l'assurée décrit une labilité émotionnelle et elle évoque son passé qui représente une composante lourde à gérer. Du point de vue professionnel, subjectivement, l'assurée se sent incapable de travailler. Du point de vue du ménage, Mme Z. _____ indique avoir des limitations, notamment physiques, l'empêchant de s'occuper correctement de l'entretien de la maison. Elle se fatigue rapidement suite à des douleurs au niveau physique. C'est elle qui s'occupe néanmoins de l'entretien de la maison, de préparer à manger pour elle et son fils de faire les courses, ceci en dépit des troubles cognitifs dont elle dit souffrir. Du point de vue des loisirs/activités sociales, elle indique avoir dû adapter ses activités en raison de sa fatigue. Au fil des années, elle semble s'être éloignée de sa famille et de ses amis. 3. Comparaison détaillée du niveau d'activité constaté avant et après l'apparition de l'atteinte à la santé. L'assurée n'a jamais travaillé (ailleurs que dans un cabaret) car son diplôme de coiffeuse n'est pas reconnu en Suisse. Actuellement, rien ne l'empêche d'exercer une activité lucrative. 4. Evaluation complète et critique de la prise en charge de l'abandon des options thérapeutiques Nous nous référons à la réponse IV.1 5. Analyse permettant de savoir si l'assuré présente une inaptitude à suivre une thérapie en raison même de sa maladie Non. Mme Z. _____ est déjà sous traitement, et ceci depuis des années. VI. Capacité de travail 1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici Capacité de travail pleine du point de vue théorico-clinique. Le problème est qu'elle ne possède pas de formation et que son attention est complètement tournée vers la relation qu'elle entretient avec ses enfants (elle-même source d'insatisfaction).

- 23 - 2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré Nous nous référons à la réponse précédente. » Par décision du 23 janvier 2018 confirmant un projet de décision du 24 novembre 2017, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de l'assurée. Il a estimé qu'ensuite de l'entrée en matière sur ladite demande et des investigations médicales ainsi entreprises, il ressortait du dossier que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte invalidante au sens de l'assurance-invalidité. Il a dès lors considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée était complète depuis le mois d'avril 2008, à l'instar de ce qui avait été retenu dans la première décision du 14 juin 2011, dont la teneur restait par conséquent pleinement valable. D. Par acte du 23 février 2018, Z. _____, agissant par son curateur et par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision susmentionnée, en concluant à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente entière d'invalidité du 1er juillet 2015 au 31 octobre 2017, la cause étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision pour déterminer le droit à la rente d'invalidité au-delà du 31 octobre 2017. A titre de mesure d'instruction, elle a requis la mise en œuvre une expertise judiciaire

sur le plan psychiatrique afin de déterminer sa capacité de travail. En substance, elle a fait valoir que l'on ne saurait conférer au rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2017 une quelconque valeur probante. En outre, les experts n'avaient pas discuté des rapports des médecins traitants et ne s'étaient ainsi pas prononcés sur l'état de santé de l'intéressée avant juillet 2017. Enfin, la polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique diagnostiquée le 21 avril 2015 par le Dre J. _____ n'avait pas fait l'objet d'une instruction de la part de l'intimé. A l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport du 21 février 2018, par lequel le Dr B. _____ a estimé ce qui suit (sic) : « [...] »

- 24 - Nous sommes formellement opposés aux conclusions de l'expertise du Dr D. _____, le nombre d'imprécisions commises par l'expert ainsi que le manque de rigueur par rapport aux interprétations et à l'évaluation de la situation de Mme Z. _____ nous semblent évidentes. Les erreurs sont frappantes et nous allons vous les évoquer afin de pouvoir amener un changement d'avis car nous considérons que cette expertise n'est pas du tout probante pour les éléments que nous allons citer. Le Dr D. _____ commence l'expertise en disant que la patiente est coiffeuse de profession. Mme Z. _____ n'a jamais fait, malgré ce que le Dr D. _____ affirme, une école de coiffure pour exercer le métier de coiffeuse. La patiente dit avoir coiffé des gens dans son village natal mais n'a jamais été dans une école ni quoi que ce soit dans ce cadre-là. Il dit que Mme Z. _____ ne maîtrise uniquement l'arabe et le français à un niveau oral. Nous ne croyons pas que l'expert a les compétences pour évaluer un tel fait. La patiente ne maîtrise pas l'arabe et je ne pense pas que les connaissances du Dr D. _____ de l'arabe soient suffisantes pour savoir si elle maîtrise cette langue oralement. En ce qui concerne la langue française, Mme Z. _____ parle un français extrêmement rudimentaire avec beaucoup de fautes de syntaxes qui ne sont pas du tout citées lors l'expertise. Le Dr D. _____ cite, à la page 4, que Mme Z. _____ a été hospitalisée au centre G. _____ nous sommes étonnés d'apprendre que le centre G. _____ est en fait un hôpital. Hélas, c'est un centre ambulatoire où la patiente a été suivie par Mme C. _____ et le Dr P. _____ dans un premier temps et par la suite par Mme C. _____ et par mes soins. La patiente ne peut pas être hospitalisée au centre G. _____ car le centre n'est pas un hôpital. Par la suite, le Dr D. _____ évoque le fait que la Dre Q. _____ parle, dans un rapport, d'une faible performance cognitive chez une patiente qui n'a aucune formation scolaire, puis finalement, l'interprétation de l'expert est que tout ceci serait probablement dû à une consommation antérieure de substances psychoactives, sans expliquer lesdites substances, et surtout avec une interprétation de la réalité partielle et partielle. La patiente avec un niveau de base très faible, n'a jamais eu des capacités cognitives élevées. La base des compétences cognitives de Mme Z. _____ est extrêmement faible. Le Dr D. _____ ne considère pas nécessaire de mesurer le QI [quotient intellectuel] de Mme Z. _____ et il s'excuse en disant qu'il lui semblerait être dans la norme, alors qu'il est impossible d'effectuer l'évaluation d'une mesure du QI de Mme Z. _____, la patiente présentant un analphabétisme total. En ce qui concerne toute la problématique de la patiente, surtout sur les aspects de son trouble de la personnalité, l'expert dit ne pas remarquer une décompensation lors de son évaluation et il ne tient pas compte des informations transmises ni par nos soins ni par le médecin généraliste Mme J. _____. Le clivage, qui n'apparaît jamais dans l'évaluation du Dr D. _____, alors que c'est l'expression la plus récurrente de la personnalité de Mme Z. _____. Son anxiété serait due, selon l'expert, à son passé toxicomane. Au cours de tout l'entretien, l'expert donne toujours les mêmes conclusions ; la

consommation de produits toxiques de la part de la

- 25 - patiente dans le passé. L'expert dit que selon son évaluation clinique, il n'y pas la présence de troubles cognitifs majeurs le Dr D. _____ n'explique pas en quoi il se basé pour arriver à cette conclusion, ni quelle est l'évaluation clinique et neuro-psychiatrique qui lui permet de se prononcer avec une telle détermination. Les erreurs se complexifient et le manque de rigueur est encore plus important à la page 6 où le Dr D. _____ parle d'un trouble mental du comportement... actuellement abstinent mais prend des médicaments aversifs. Mme Z. _____ prend un traitement opioïde pour sa problématique de douleurs articulaires qui est traité par la Dre J. _____ mais, en aucun cas, elle ne reçoit un traitement de substitution et encore moins un traitement aversif. Par la suite, il parle de grandes quantités de sédatifs à visée anxiolytiques sans dire combien. Hélas, la patiente a des faibles doses de benzodiazépines d'un antihistaminique et un traitement comme le Redormin qui est fait à base de plantes. La patiente, lors du status psychiatrique, selon notre collègue ne présente pas du tout des ralentissements psychomoteurs et par la suite il parle quand même d'un ralentissement psychomoteur liée au traitement. Le Dr D. _____ considère que la patiente du point de vue théorico-clinique n'a aucune difficulté. Dans aucun cas il ne justifie le fait que Mme Z. _____ est au bénéfice d'un traitement antidépresseur et d'un suivi rapproché. Elle fait sa médication à la pharmacie avec un semainier car Mme Z. _____ est incapable de gérer cela par elle-même, elle a une mesure de curatelle car autrement elle serait complètement incapable de gérer son quotidien étant donné que la patiente, avant d'avoir le curateur, a eu des énormes difficultés pour gérer ses aspects financiers et administratifs. De plus le suivi de la part de la Dre J. _____ (généraliste de la patiente) est aussi très rapproché et intensif. Il n'a même pas mentionné que le suivi du semainier est fait à domicile car la patiente est souvent incapable de se rendre à la pharmacie et ce qui nous frappe le plus c'est que nous sommes souvent confrontés au manque de compréhension de la patiente, problèmes mnésiques ainsi qu'aux problèmes cognitifs importants, choses qui ont été complètement banalisées et probablement pas évaluées par l'expert. En conclusion, nous considérons que cette expertise est extrêmement approximative et imprécise et on se questionne autour de la valeur probante d'une telle évaluation. [...] » Au terme d'une décision du 13 mars 2018, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au

E. 12

mars 2018, comprenant notamment l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Karim Hichri. Dans sa réponse du 10 avril 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que le rapport d'expertise des médecins de la

- 26 - F. _____ avait pleine valeur probante et s'est référé en outre à un avis médical du 5 avril 2018 produit en annexe, par lequel le Dr H. _____ a considéré ce qui suit : « [...] Notre réponse : finalement dans cette affaire, nous ne voyons pas en quoi l'expertise psychiatrique au F. _____ ne serait pas probante : l'étude des documents montre bien que cette expertise revêtait une pleine valeur probante, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, elle se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. L'expert a établi ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées. Ainsi, nous ne retenons pas les allégations peu fondées du Dr B. _____, parfois douteuses comme en p1 de son certificat. Il avance par ailleurs des explications embrouillées, peu contributives par rapport à la clinique pure de

l'expertise, et avec une argumentation qui sort du champ de la Loi AI. Par ex. il est détourné de son vrai sens les conclusions de Madame Q._____ expliquant que la plupart des difficultés observées semblaient antérieures aux problèmes de santé survenus depuis 2012. En effet de faibles performances cognitives ne sont pas incompatibles avec un travail répétitif de basse intensité psychique. En ce qui concerne la discussion des diagnostics, nous en restons à ceux des experts, quant à la terminologie fonction de la CIM 10 pour l'addiction, nous rejetons les amalgames de notre confrère. En ce qui concerne les allégations des p3-5 du recours, nous signalons qu'elles sont autres que celles du Dr B._____, ce qui est curieux, et qu'en plus le conseil n'appartient pas à la Faculté. Veuillez noter que la vie quotidienne en p5 ne montre pas de LFs [limitations fonctionnelles] patentes, l'assurée est autonome pour son ménage et nous restons stupéfaits alors que la description du Dr B._____ relatait presque que l'assuré était invalide à domicile avec un semainier. Concernant le point 7, nous ne voyons pas pourquoi cette toxicomanie ne serait pas primaire puisque ancienne datant d'avant 2012. Les allégations en p3 sur l'ex. neuropsych. sont fausses : il n'existe aucune des atteintes organiques du point 8. L'expertise dit bien qu'en plus cette assurée n'a pas d'atteinte cognitive en p7. Au point 9, nous ne comprenons pas bien pourquoi la notion de TSD [trouble somatoforme douloureux] devait être discutée alors qu'aucune atteinte psy. incapacitante n'est retenue et que l'étude de la vie quotidienne ne permet simplement pas de remplir les nouveaux critères ATF. Le point 12 s'inscrit en faux, la p7 montre bien l'absence des diagnostics évoqués par les G._____ en 2/. Par ailleurs si tel que l'affirme les G._____ au vu de ces diagnostics graves dont l'encéphalopathie, on ne comprend pas très bien qu'il n'y ait pas eu d'IRM cérébrales, et encore moins des comptes rendus hospitaliers étayés et pertinents, tout en sachant que ce type de pathologie laisserait des séquelles graves et une probable institutionnalisation. Finalement, il est facile d'affirmer des diagnostics graves sans fournir de preuves patentes, alors que le bon sens clinique les élimine d'emblée.

- 27 - Ainsi, les affirmations du conseil de l'assurée et du Dr B._____ n'apparaissent donc ni plausibles, ni crédibles ou convaincantes en l'état au vu de tout le dossier et de l'expertise. Veuillez noter par ailleurs que les pièces présentées par l'assurée n'ont de plus qu'une force probante inférieure, sans parler en plus des critères jurisprudentiels d'empathie du médecin traitant. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter, des constatations antérieures. » Le 20 avril 2018, la recourante, par son conseil, a répliqué et confirmé ses conclusions. Interpellé par la juge instructeur, Me Hichri a indiqué le 16 mai 2019 qu'il renonçait à déposer une liste détaillée de ses opérations et débours et laissait la faculté à la Cour de céans de fixer l'éventuelle indemnité qui lui était due sur la base du dossier. E n d r o i t : 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 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. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée

préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine - 28 - ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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/a) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI).

- 29 - bb) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant

d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI). dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité

- 30 - ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). c) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si 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 rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 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, si nécessaire, 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. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, 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. 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). En revanche, une appréciation différente d'une situation

- 31 - demeurée pour l'essentiel inchangée ne constitue pas un motif de révision (ATF 141 V 9 consid. 2.3). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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

plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

- 32 - c) Les avis médicaux établis par le SMR constituent des rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI). De tels rapports ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il convient de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire. Ces rapports ne posent cependant pas de nouvelles conclusions médicales, mais portent ainsi une appréciation sur celles déjà existantes. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux avis de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; TF 9C_10/2017 du 27 mars 2017 consid. 5.1 et les références citées ; TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1 et les références citées ; TF 9C_581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). Il convient cependant de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; TF 9C_10/2017 précité consid. 5.1 et les références citées). d) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée (cf. art. 69 al. 2 RAI) constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps

- 33 - résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et les références citées ; TF 9C_687/2014 du 30 mars 2015 consid. 4.2.1). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante admis que si l'assuré n'accomplit

plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4. 2 et les références citées ; TF 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.3 et les références citées). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde cependant valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. En présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (TF 9C_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2 et les références citées).

- 34 - 5. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis la dernière décision reposant sur un examen complet de son droit à la rente, à savoir depuis la décision du

E. 14

juin 2011. a) Au plan somatique, la recourante se plaint du fait que le diagnostic de polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique, posé le 21 avril 2015 par la Dre J._____, n'a pas été examiné par l'intimé. L'existence d'un tel diagnostic n'avait pas été évoquée dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la première décision de refus de rente du 14 juin 2011. Au contraire, le Dr R._____ avait indiqué ne pas constater cliniquement de signe pour un syndrome lombo-vertébral ni de signe pour un syndrome radiculaire des membres inférieurs (cf. rapport du 12 octobre 2009). Le Dr N._____ du SMR s'était référé à ce rapport pour établir les limitations fonctionnelles somatiques secondaires aux lombosciatalgies banales, relevant qu'il n'y avait pas de trouble neurologique ou radiculaire de type sensitivomoteur (cf. rapport du 20 avril 2010). Il n'y avait finalement que dans l'enquête ménagère du 30 août 2010 qu'étaient mentionnés de simples fourmillements ressentis dans la jambe gauche et le fait que le froid aggravait les douleurs lombalgiques, qui irradiaient jusque dans les pieds. Les limitations fonctionnelles retenues par l'intimé dans sa décision du 14 juin 2011 étant celles indiquées par le Dr N._____, elles étaient sans lien avec une atteinte aux membres inférieurs ainsi qu'avec un trouble neurologique ou radiculaire. Ensuite de cette décision du 14 juin 2011, la recourante a été hospitalisée fin 2012 et début 2013 pour un état confusionnel et une tétraparésie. A cette occasion, les Dr K._____, neurologue, M._____ et V._____, tous médecins au Service de neurologie – Hospitalisation du T._____, ont notamment posé le diagnostic principal d'atteinte du système nerveux périphérique avec mononévrites multiples, d'origine

- 35 - toxique (cf. rapport du 4 septembre 2012). S'agissant des Drs X._____, neurologue, Y._____ et I._____, tous médecins à l'Hôpital Neurologique de la Fondation O._____, ils ont posé le même diagnostic (cf. rapport du 13 mars 2013). Afin de mieux comprendre la tétraparésie – que l'atteinte du système nerveux central ne pouvait expliquer – et compte tenu d'un examen clinique démontrant des atteintes tronculaires multiples, les médecins du T._____ ont réalisé un électroneuromyogramme, qui a

permis de poser le diagnostic de neuropathie périphérique proximo-distale, avec une atteinte sensitivo- motrice de forme axonale sévère. Une biopsie du muscle péronier latéral gauche et du nerf péronier superficiel gauche ainsi qu'une biopsie du muscle quadriceps droit ont montré des altérations significatives d'aspect chronique et/ou anciennes, notamment le muscle squelettique atrophique avec lipomatose et des signes de réinervation, avec perte sévère des grands axones myélinisés, mais sans signe compatible avec une vasculite (cf. rapport du 4 septembre 2012). Les médecins de la Fondation O. _____ ont relevé que, durant le séjour de la recourante, celle-ci avait progressé sur le plan fonctionnel, malgré la persistance des paresthésies des deux membres inférieurs qui avaient entravé cette amélioration. En fin de séjour, elle présentait cependant toujours des limitations dans les activités de la vie quotidienne, marchant notamment avec deux cannes anglaises (cf. rapport du 13 mars 2013) Les neurologues du T. _____ et de la Fondation O. _____ ont fondé leurs conclusions sur des examens cliniques détaillés. Le 21 avril 2015, la Dre J. _____ a ainsi posé notamment, au terme d'un examen clinique, les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de douleurs chroniques de l'hémicorps droit et troubles de l'équilibre consécutifs à un syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible avec mononévrites multiples d'origine toxique et de polyneuropathie des membres inférieurs à prédominance droite probable d'origine multifactorielle toxique et diabétique. Si cette médecin a expliqué que la recourante avait encore fait des progrès, elle attestait néanmoins une incapacité de travail totale. Elle estimait que les douleurs chroniques de l'intéressée notamment constituaient une restriction.

- 36 - Compte tenu des éléments qui précèdent, il paraît difficilement compréhensible que l'intimé n'ait pas mis en œuvre, respectivement que le Dr H. _____ n'ait pas proposé la mise en œuvre d'une expertise neurologique. En effet, les médecins spécialisés en neurologie qui se sont penchés sur le cas de la recourante ont clairement justifié la pose du diagnostic d'atteinte du système nerveux périphérique, lequel avait précisément été exclu dans le cadre de l'instruction ayant abouti à la première décision du 14 juin 2011. Si cette nouvelle atteinte semble avoir diminué entre le début et la fin de l'hospitalisation de l'intéressée, il n'en reste pas moins qu'elle demeurait incapacitante. Il ne pouvait ainsi être considéré que toute atteinte à ce niveau aurait disparu avec le temps. L'intimé ne pouvait en effet faire l'économie d'une expertise neurologique, cela d'autant plus que la Dre J. _____ a indiqué que ces douleurs chroniques participaient à une incapacité de travail totale. A toutes fins utiles, il est relevé que les rapports de Mme Q. _____, psychologue spécialiste en neuropsychologie, et des Drs S. _____ et D. _____, experts psychiatres, ne sauraient être déterminants sur ce point, ceux-ci n'étant pas spécialisés dans la discipline adéquate. Les experts ont d'ailleurs rapporté des plaintes de la recourante quant à des douleurs physiques (cf. rapport d'expertise psychiatrique du 15 novembre 2017). Il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire quant à d'éventuelles atteintes neurologiques, ainsi que leurs conséquences, et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il conviendra ainsi de mettre en œuvre une expertise neurologique. b) En ce qui concerne le volet psychique, dans leur rapport du 13 mars 2013, les médecins de la Fondation O. _____ ont observé que les déficits exécutifs présentés par la recourante étaient de nature à interférer avec l'organisation des activités de la vie quotidienne comme la gestion des rendez-vous et des médicaments ainsi que sur sa capacité de travail. Le 7 avril 2015, le Dr B. _____ a mentionné que l'assurée présentait une désorientation dans le temps et l'espace avec de la peine à

- 37 - se rendre à ses rendez-vous médicaux, ayant besoin d'être avertie à l'avance. Ses capacités de concentration et mnésiques étaient limitées et sa capacité de travail nulle. Le 10 février 2016, la spécialiste en neuropsychologie a constaté de faibles performances cognitives dans la plupart des domaines testés. Elle a relevé que l'assurée se disait autonome pour les activités simples de la vie quotidienne (toilette, habillage, préparation et prise des repas, activités ménagères hormis le nettoyage du sol en raison de douleurs). Elle a relaté que l'assurée ne s'était pas présentée au rendez-vous du 7 janvier 2016 parce qu'elle pensait que l'année 2016 n'avait pas encore débuté. Elle avait par la suite dû rappeler le rendez-vous du 28 janvier 2016, l'assurée l'ayant confondu avec d'autres obligations. Finalement, les experts psychiatres du F. _____ ont rejeté le tableau clinique exposé de manière concordante par les précédents spécialistes au seul motif qu'il n'était pas compatible avec la description que faisait l'assurée de son quotidien (elle s'occupe de l'éducation de son fils, gère l'entretien de sa maison, est autonome dans ses déplacements et fait sans difficultés ses achats, ceci malgré son illettrisme). Selon les experts psychiatres, la recourante ne présentait pas de ralentissement psychomoteur, mais ils l'ont toutefois retenu par la suite, de manière contradictoire, en lien avec le traitement médicamenteux. Le 21 février 2018, le Dr B. _____ a rappelé que l'assurée était incapable de gérer son quotidien et que même le suivi de son semainier se faisait à domicile dans la mesure où elle n'était souvent pas capable de se rendre à la pharmacie. Il a reproché aux experts un manque total de compréhension des atteintes à la personnalité de l'assurée et en particulier de la problématique du clivage, qui avait pour conséquence que celle-ci se déclarait, contrairement à la réalité, parfaitement apte à gérer de manière autonome l'entier de sa vie quotidienne, et a regretté qu'ils ne se soient pas d'avantage informés auprès de ses médecins traitants. Contrairement aux experts psychiatres, on ne saurait dès lors raisonnablement conclure que la recourante présente des troubles cognitifs seulement légers attribuables à son état anxieux et à son passé de toxicomane sans atteinte sur sa capacité de travail et sur la gestion de

- 38 - sa vie quotidienne. Il s'ensuit que l'expertise du F. _____ n'est pas convaincante et ne permet pas de statuer sur les conséquences des atteintes psychiques, de sorte qu'il conviendra de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin de déterminer le caractère invalidant des atteintes à la santé psychique de la recourante ainsi que ses ressources mobilisables dans le cadre d'un examen global (cf. ATF 143 V 409, consid. 4.4 ; TF 9C_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1). c) En outre, le complément d'instruction qui devra par conséquent être opéré sera l'occasion d'actualiser le rapport d'enquête économique sur le ménage du 2 septembre 2010 en mettant en œuvre une nouvelle enquête. En effet, pratiquement neuf années se sont écoulées depuis que l'enquête au dossier a été effectuée. Or, l'enquêtrice avait estimé que le partage entre le temps que la recourante aurait consacré à l'exercice d'une activité lucrative sans atteinte à la santé et le temps qu'elle aurait consacré à ses travaux ménagers devrait être revu à la hausse dès que ses enfants seraient plus indépendants. De plus, alors qu'à cette époque l'intéressée vivait avec son mari et leurs deux enfants, le couple est aujourd'hui séparé de sorte que l'intéressée ne vit désormais qu'avec son fils cadet, âgé actuellement de 14 ans (cf. rapport des Drs S. _____ et D. _____ du 15 novembre 2017). L'enquêtrice avait d'ailleurs précisé que le mari de la recourante exécutait les travaux ménagers que celle-ci, en raison de son invalidité, ne pouvait plus accomplir par elle-même (cf. rapport du 2 septembre 2010). Force est donc de constater que la structure familiale de l'intéressée a changé au fil du temps, entraînant par conséquent une modification de l'équilibre des aides qu'elle pouvait

recevoir (cf. consid. 4d supra), ainsi que potentiellement de son taux d'activité hypothétique. Partant, il convient de mettre en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage afin d'actualiser son contenu et de déterminer si les empêchements retenus lors la précédente enquête du 30 août 2010, et ainsi le taux d'invalidité dans l'activité ménagère, se sont modifiés à la hausse ou à la baisse ou s'ils sont toujours les mêmes. Cette enquête devra bien entendu être menée une fois le rapport d'expertise

- 39 - neurologique et psychiatrique rendu, afin de prendre en compte de manière globale les éventuelles atteintes qui y seraient reconnues avec celles déjà constatées. A toutes fins utiles, on précisera que la teneur du rapport d'expertise du 15 novembre 2017 ne saurait empêcher d'effectuer l'enquête susmentionnée. En effet, si les experts psychiatres y ont indiqué que la recourante était autonome pour l'entretien de son ménage, ils ont également rapporté qu'elle se plaignait de mettre plus de temps dans le cadre de l'entretien de son ménage, en raison semble-t-il de douleurs au niveau physique (cf. rapport du 15 novembre 2017 I/2, I/3 et V/2). Il est ainsi constaté que les experts n'ont pas précisé si l'intéressée ne présentait aucun taux d'invalidité dans la tenue de son ménage. En effet, l'autonomie de la recourante n'empêche potentiellement pas de retenir la présence d'une telle invalidité si l'intéressée n'acquiert cette autonomie que difficilement ou au prix d'un investissement temporel beaucoup plus important (cf. consid. 4d supra). Bien plus, l'appréciation des médecins du F. _____ ne peut porter que sur les conséquences d'atteintes psychiques dans la tenue par l'intéressée de son ménage. Experts en psychiatrie, leur avis ne saurait être déterminant sur des atteintes somatiques qui ne relèvent par conséquent pas de leur spécialisation (cf. consid. 4d supra). d) Partant, il convient de renvoyer la cause à l'office intimé, autorité à qui il appartient en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPG), afin qu'il mette en œuvre une expertise neurologique, neuropsychologique et psychiatrique conformément aux exigences découlant de l'art. 44 LPG, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune par l'expert. Ensuite de cette expertise, l'intimé mettra en œuvre une nouvelle enquête économique sur le ménage. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

- 40 - b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPG, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe. Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPG), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe. Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil de la recourante.

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