

# VD\_GERICHTE ZD20.035984 vom 23. Mai 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD20.035984](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD20.035984)

FR: VD\_GERICHTE ZD20.035984 du 23 mai 2024

IT: VD\_GERICHTE ZD20.035984 del 23 maggio 2024

## Erwägungen

### E. 4

Dans un grief de nature formelle, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue, au motif que l'intimé aurait ignoré l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR, l'aurait privée de la possibilité de se déterminer sur cet avis et n'aurait pas instruit son dossier à satisfaction en refusant de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire comportant un volet neurologique/neuropsychosomatique. a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; ATF 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C\_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2).

- 21 - b) En l'occurrence, le moyen soulevé par la recourante s'agissant de l'instruction insuffisante du dossier se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPG) et doit être examiné avec le fond du litige. Par ailleurs, la recourante a pu se déterminer sur l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR et faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; ATF 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une hypothétique violation de son droit d'être entendue devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

### E. 5

Il convient cependant d'examiner si c'est à juste titre que l'intimé a estimé qu'il était en droit de retrancher du dossier de la recourante l'avis médical du 12 décembre 2019 du Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR. a) Le devoir général de tenue des dossiers qui incombe aux autorités est le pendant – découlant de l'art. 29 al. 2 Cst. – du droit pour le justiciable de prendre connaissance du dossier et d'obtenir l'administration des preuves pertinentes. Toute autorité a ainsi l'obligation de tenir un dossier complet de la procédure, afin de permettre à toute personne concernée d'en prendre connaissance dans les meilleures conditions et, en cas de recours, de pouvoir le transmettre à l'autorité de recours. Elle est par conséquent tenue de consigner dans le dossier tous les éléments essentiels pour l'issue du litige. La garantie constitutionnelle à une tenue claire et ordonnée des dossiers oblige les autorités et les tribunaux à veiller au caractère complet de la documentation produite ou établie en cours de

procédure. Dans le droit des assurances sociales, les art. 46 LPGA et 8 OPGA (ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.11) concrétisent le devoir général de tenue des dossiers, en tant que ces dispositions imposent aux assureurs, lors de chaque procédure relevant des assurances sociales, d'enregistrer de manière systématique tous les documents qui peuvent être déterminants (ATF 138 V 218 consid. 8.1.2 et les références).

- 22 - b) Pour pouvoir établir les faits et apprécier librement les preuves, le tribunal cantonal doit disposer de l'ensemble du dossier afin de pouvoir décider quels documents sont essentiels et lesquels ne le sont pas pour l'appréciation du cas litigieux. L'assureur ne saurait dès lors se contenter de produire les documents qu'il considère comme déterminants pour le cas d'espèce. L'assureur doit garantir que le dossier qu'il produit auprès des autorités ou du tribunal est complet. En d'autres termes, l'assureur doit pouvoir garantir que le droit constitutionnel inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst., et concrétisé au niveau de la loi à l'art. 46 LPGA, est respecté (TF 8C\_616/2013 du 28 janvier 2014 consid. 2.1 ; 8C\_269/2009 du 13 novembre 2009 consid. 5.2.2 et les références ; Guy Longchamp, in Anne- Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 21 ad art. 46). c) En l'occurrence, l'intimé a expliqué que l'avis du SMR du 12 décembre 2019 se trouvait par erreur dans le dossier lorsque l'avocate de la recourante l'a consulté en août 2020, car cet avis avait été rédigé uniquement pour servir dans le cadre des prétentions récursoires de l'AI contre le tiers responsable et non dans le but de définir le droit aux prestations de l'assurée. Il considère donc que cet avis n'aurait pas dû être porté à la connaissance de la recourante. Le raisonnement de l'OAI est insoutenable. L'avis médical du Dr R.\_\_\_\_\_ contredit les précédents avis médicaux du SMR au dossier, en estimant que la cause n'est pas assez instruite et qu'une expertise neurologique est nécessaire. Il s'agit partant d'un avis déterminant dans le cadre de l'instruction de la cause de la recourante. Quoiqu'en dise l'intimé, on ne voit par ailleurs pas en quoi un diagnostic ou un avis médical serait pertinent dans le cadre d'une action récursoire de l'OAI, mais pas pour établir les atteintes dont souffre la recourante et ses limitations fonctionnelles en lien avec d'éventuelles prestations auxquelles elle aurait droit. L'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ ne pouvait donc pas être retiré du dossier de la recourante. Ce manquement ne porte toutefois pas à conséquence en l'espèce comme précédemment exposé, la recourante ayant pu prendre connaissance de cet avis médical et se déterminer sur celui-ci.

- 23 -

### **E. 5.1**

; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou

en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 précité consid. 6.1.2 et les références citées). c) En l'espèce, l'intimé a retenu que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis son accident en décembre 2012 jusqu'au 8 février 2016. A partir du 9 février 2016, bien qu'une totale incapacité de travail persiste dans son activité habituelle de coiffeuse, une pleine capacité de travail est retenue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (pas de station debout prolongée, déplacements de courte durée, activité permettant de varier les positions au gré de l'intéressée, pas de manipulations de charges lourdes de plus de 7 kg). Pour arriver à ces conclusions, dans son projet de décision du 7 novembre 2016, l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise bidisciplinaire psychiatrique et

- 28 - orthopédique des Drs W. \_\_\_\_\_ et Q. \_\_\_\_\_ du Z. \_\_\_\_\_ du 15 juillet 2016. Par la suite, le Dr J. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise orthopédique le 29 mars 2018 et le Dr V. \_\_\_\_\_ un rapport d'expertise psychiatrique du 25 mars 2019, complété le 15 juillet 2019, rapports qui, d'après l'OAI, confirment les constatations faites dans son projet de décision, de sorte qu'elle a confirmé celui-ci dans la décision attaquée. d) Force est de constater que l'OAI a statué sur la base d'un dossier lacunaire. Il est constant que la recourante a été victime d'un accident de la route le 17 décembre 2012 qui lui a notamment causé une fracture de la jambe droite classification AO42-A2 et une fracture du tibia proximal droit type Schatzker II, blessures qui ont nécessité une intervention chirurgicale en date du 26 décembre 2012. A la suite de cet accident, la recourante n'a cessé de ressentir des douleurs à la jambe droite, dont le caractère neurologique a été mis en évidence dans de nombreux rapports médicaux au dossier. En 2013 déjà, la Dre K. \_\_\_\_\_ posait le diagnostic de probable syndrome douloureux régional complexe de la jambe droite (rapport médical du 28 octobre 2013), qu'elle a confirmé le 11 décembre 2014. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a posé le même diagnostic en février et mars 2014 (rapports médicaux des 18 février et 7 mars 2014). Le 15 septembre 2015, la Dre K. \_\_\_\_\_ a à nouveau relevé que les douleurs étaient de type neuropathique avec dysesthésies au toucher. Dans son rapport d'expertise du 29 mars 2018, le Dr J. \_\_\_\_\_ a, quant à lui, relevé que l'assurée souffrait d'un probable syndrome douloureux régional complexe des suites de sa fracture, ainsi que d'allodynie sur probable neuropathie cicatricielle de branches sensitives du nerf fibulaire commun, lequel devait être précisé par un examen neurologique avec électro-neuro-myographie. Le 21 janvier 2019, le Dr G. \_\_\_\_\_ a également retenu que la recourante présentait un syndrome douloureux complexe post-traumatique, relevant en outre que les infiltrations diagnostiques/thérapeutiques étaient négatives, en ce sens qu'elles n'avaient pas conduit à une amélioration des douleurs, bien qu'une composante neurogénique de la douleur restât probable. Enfin, le Dr R. \_\_\_\_\_, dans son avis médical du 12 décembre

- 29 - 2019, a retenu que les plaintes de la recourante prenaient partiellement ou intégralement leur origine dans une altération de la perception centrale de la douleur à la suite de l'accident de 2012, ce qui était compatible avec le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe. Il a précisé qu'il partageait la position des experts dans leurs domaines de compétences, mais qu'il s'agissait vraisemblablement d'une situation rare qui demandait de considérer la douleur comme une maladie avec toutes les difficultés inhérentes à son objectivation et sa quantification à des fins asséculogiques, raison pour

laquelle il préconisait d'obtenir un avis neurologique ou antalgique auprès d'un centre universitaire ou reconnu pour son excellence. La composante neurologique des douleurs ressenties par la recourante a été ainsi envisagée dans de nombreux avis médicaux au dossier, dont le Dr R. \_\_\_\_\_ du SMR, sans pour autant être investiguée. En l'état du dossier, l'intimé ne disposait donc pas des informations nécessaires pour évaluer les atteintes à la santé dont souffrait la recourante et leurs répercussions sur sa capacité de travail. Il sied en outre de relever que l'intimé n'a jamais mis en œuvre d'expertise depuis le dépôt de la demande de prestations en 2014, se référant aux diverses expertises mises en œuvre par l'assurance-accidents, lesquelles ne traitent toutefois que des atteintes en lien de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 17 décembre 2012.

## **E. 6**

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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). c) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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 (art. 17 al. 1 LPGA). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

- 24 - d) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. aa) Pour un assuré qui exerçait une activité lucrative à plein temps avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution de ses possibilités de gain, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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 ; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art.

28a al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35). bb) Pour un assuré qui n'exerçait pas d'activité lucrative avant d'être atteint dans sa santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'il en exerce une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure il est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux proches (art. 27 al. 1 RAI ; 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).

- 25 - cc) Pour un assuré qui n'exerçait que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'il se consacrait en outre à ses travaux habituels au sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021), l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, en corrélation avec l'art. 27bis RAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 ; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2). e) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées). f) En l'espèce, l'intimé a à juste titre fait application de la méthode ordinaire de comparaison des revenus, retenant un statut d'actif

- 26 - à plein temps. En effet, il ressort du contrat de travail signé le 1er octobre 2012 par la recourante avec C. \_\_\_\_\_ que, si l'accident du 17 décembre 2012 n'avait pas eu lieu, elle aurait travaillé à 100 % à partir du 1er avril 2013. Il n'est par ailleurs pas contesté par la recourante qu'en bonne santé, elle travaillerait à plein temps.

## E. 7

a) Pour 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 LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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

- 27 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid.

## **E. 8**

a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration

- 30 - doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). b) Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in : SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Kieser, op. cit., n° 15 et 20 ad art. 43 LPG). c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). d) En l'occurrence, il

s'impose d'annuler la décision entreprise et de renvoyer la cause à l'intimé, pour instruction complémentaire. Dans ce contexte, il lui incombera de mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire de la recourante, destinée à clarifier le tableau clinique présenté par cette dernière depuis décembre 2012, y compris d'un point de vue neurologique, voire neuropsychiatrique, afin d'avoir une appréciation médicale globale de l'évolution de l'état de santé de la recourante tenant compte des aspects qui doivent faire l'objet d'une instruction complémentaire. Une fois l'instruction complétée, il appartiendra à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode générale de comparaison des revenus.

- 31 -

## **E. 9**

a) En définitive, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 3 août 2020 de l'OAI annulée, la cause étant renvoyée à cette autorité pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la partie intimée, vu l'issue du litige. c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Après examen de la liste des opérations déposée le 17 avril 2024 par Me Isabelle Jaques, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 2'800 fr., débours et TVA compris, et de la mettre intégralement à la charge de la partie intimée (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). d) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Le montant des dépens arrêté ci-avant correspond au moins à ce qui aurait été alloué à titre d'indemnité pour le mandat d'office. Il n'y a donc pas lieu, en l'état tout au moins, de fixer plus précisément cette indemnité (art. 4 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

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