

VD_GERICHTE ZD23.007834 vom 27. September 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.007834

FR: VD_GERICHTE ZD23.007834 du 27 septembre 2024

IT: VD_GERICHTE ZD23.007834 del 27 settembre 2024

Erwägungen

E. 4

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

- 18 - 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).

E. 5

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée 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 la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), 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 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). 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.

E. 6

a) 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

- 19 - 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). 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

- 20 - 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). b) 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). c) En l'espèce, dans l'arrêt du 27 mai 2015 (AI 47/14 – 138/2015, consid. 4), la Cour de céans a retenu qu'il fallait considérer que la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité s'appliquait au cas d'espèce, en tenant compte d'une répartition de 50/50 entre la part du temps

- 21 - consacrée par la recourante à l'exercice d'une activité lucrative et celle vouée à ses activités ménagères. Ce statut a été repris dans la décision attaquée, notamment sur la base de l'évaluation économique du ménage du 3 décembre 2020, et n'est pas contesté par la recourante. Il peut donc être confirmé et c'est ainsi à juste titre que l'OAI a appliqué la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité.

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,

- 22 - 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_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 ; 9C_631/2012 du

E. 9

a) Dans sa décision du 31 janvier 2014, confirmée par arrêt de la Cour de céans du 27 mai 2015, l'intimé a octroyé à la recourante un quart de rente d'invalidité pour la période du 1er juillet 2009 au 31 janvier 2010. A compter du 1er février 2010, le degré d'invalidité présenté par la recourante et calculé sur la base de la méthode mixte d'évaluation était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dans l'arrêt précité, le Tribunal a confirmé que la capacité de travail dans une activité adaptée de la recourante s'élevait à 50 %, en se fondant sur le rapport d'expertise judiciaire du 5 avril 2011 de la D. _____ qui avait été mise en œuvre lors de la précédente procédure de recours et qui jouissait d'une pleine valeur probante. Conformément à ce rapport d'expertise judiciaire, des limitations fonctionnelles d'ordre neurologique et rhumatologique devaient être admises chez la recourante pour les mouvements nécessitant une flexion antérieure du tronc de manière répétée, le levage régulier et répétitif de charges égales ou supérieures à 10 kg, les mouvements en porte-à-faux répétitifs, les activités monotones et l'exposition à des vibrations corporelles. Sous l'angle neurologique, la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %. Dans leur rapport d'expertise complémentaire du 11 octobre 2011, les Drs [...] et F. _____ avaient encore précisé que les problèmes psychiques rencontrés par la recourante participaient aux limitations, mais dans une moindre mesure, et n'empêchaient pas l'exercice d'une activité lucrative à 50 %.

- 25 - b) Dans sa décision du 12 janvier 2023, objet de la présente procédure, l'intimé a refusé d'accorder une rente à la recourante, considérant qu'elle présentait une capacité de travail de 70 % dans une activité adaptée. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise du 21 juillet 2020 du CF. _____, laquelle comporte un volet en médecine interne, un volet psychiatrique et un volet rhumatologique. L'expert en rhumatologie a retenu une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, malgré le diagnostic incapacitant de status post chirurgie lombaire à deux reprises en 2004 et 2009 avec syndrome de dysbalance musculaire, et l'expert en médecine interne a retenu qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle de cet ordre. En revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée de l'assurée était de 70 % sous l'angle psychiatrique compte tenu du diagnostic incapacitant d'épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). La recourante estime que l'intimé ne pouvait pas se fonder exclusivement sur ce rapport d'expertise qui ne comprend pas de volet neurologique. Ainsi, le volet neurologique de l'expertise de la D. _____ garderait toute sa pertinence, faute d'avoir été remis en cause, de sorte que son incapacité de travail dans une activité adaptée serait de 80 %, soit 50 % d'un point de vue neurologique, mais aussi 30 % d'un point de vue psychiatrique selon l'expertise du CF. _____. En outre, l'expertise du CF. _____ et les rapports médicaux psychiatriques produits avant la décision entreprise démontreraient une aggravation de son état de santé sur le plan psychiatrique, alors que, lors de l'expertise de la D. _____, aucune atteinte incapacitante n'avait été retenue sur le plan psychiatrique s'agissant d'une activité adaptée. En conséquence, sa capacité de travail dans une activité adaptée actuelle devrait être inférieure à celle retenue en 2014. c) Il convient en conséquence d'examiner si le rapport d'expertise du CF. _____ remplit les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante, respectivement si l'intimé a statué sur la base d'un dossier suffisamment instruit.

- 26 - aa) Sur le plan somatique, la recourante ne formule pas de grief contre le volet de médecine interne de l'expertise du CF._____. Force est de constater que le Dr BE._____ a procédé à un examen de l'ensemble des pièces au dossier. Il a notamment pris en compte l'examen neurologique du 3 février 2011 du Dr V._____ dans l'expertise pluridisciplinaire du 5 avril 2011 de la D._____ en tant qu'il portait sur les céphalées, lesquelles relevaient d'après lui de la médecine interne. Ces deux médecins ont retenu que les céphalées ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail significative. Pour le reste, le Dr BE._____ a retenu que les diagnostics incapacitants posés par le Dr AB._____ dans son rapport du 12 novembre 2019 et dans le rapport du 11 avril 2020 du [...] ne relevaient pas de la médecine interne (cf. chiffre II.6.a.4 p. 30 du rapport d'expertise du CF._____). Le Dr BE._____ a ainsi relevé que la recourante ne souffrait d'aucun diagnostic incapacitant en médecine interne, retenant uniquement des diagnostics non incapacitants, en accord avec les autres rapports médicaux au dossier. Au niveau rhumatologique, l'intéressée s'est vu diagnostiquer en 2011 des lombo-pseudo-sciatalgies gauches chroniques avec failed back surgery syndrome, une cure de hernie discale L5-S1 gauche à deux reprises pour hernie discale L5-S1 gauche ainsi qu'une discopathie L5-S1 par le Dr T._____ (cf. p. 16 du rapport d'expertise du 5 avril 2011 de la D._____). Le Dr HF._____ a, quant à lui, retenu comme diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail celui de status post chirurgie lombaire à deux reprises en 2004 et 2009 avec syndrome de dysbalance musculaire. Sans incidence sur la capacité de travail était le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séronégative, stabilisée. Ce faisant, cet expert n'a pas expliqué pourquoi il ne retenait pas le diagnostic posé en 2011 de lombalgies par le Dr T._____ (cf. chiffre IV.6.a.4 p. 74 du rapport d'expertise du CF._____), alors même qu'il indique que, du point de vue rhumatologique, depuis 2015, les douleurs lombaires n'ont pas souffert de changement (cf. p. 15 idem). Si, à l'instar de son homologue, le Dr T._____ en 2011, l'expert rhumatologue a retenu un taux de capacité de travail de 100 % dans un emploi adapté, on doit admettre que l'appréciation émise par le Dr HF._____ ne repose pas sur une prise en

- 27 - compte complète de l'évolution globale de l'atteinte lombaire depuis 2011. Le dossier ne contenant aucune appréciation médicale claire sur cet aspect, on ignore, par conséquent, si l'évolution des troubles lombaires engendre des répercussions supplémentaires du point de vue de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles de la recourante. En tant qu'elles reposent ainsi sur une analyse carencée de l'atteinte lombaire, les conclusions expertales apparaissent par conséquent sujettes à caution. Au demeurant, on doit encore relever que le mandat confié au CF._____ aurait dû inclure un volet neurologique en présence de troubles lombaires, lesquels avaient été investigués en 2011 par le Dr V._____ qui avait retenu un tableau de lombosciatalgies chronifiées relativement atypiques, avec comme seul signe d'atteinte radiculaire certain une hyporéflexie achilléenne gauche et des troubles sensitivo- moteurs relativement mal systématisés et un EMG [électromyogramme] sans anomalie en tous les cas active certaine. Sur le plan de la capacité de travail, ce médecin avait relevé qu'il était évident que le status après deux cures de hernie discale et les anomalies intrarachidiennes mises en évidence à l'IRM de contrôle de mars 2010 permettaient de conclure que la recourante présentait une incapacité de travail complète et définitive dans l'activité de femme de ménage/nettoyeuse ainsi que dans toute autre activité similaire. S'agissant de la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, ce praticien estimait que la recourante pouvait théoriquement travailler au moins à 50 % dans une activité légère, ne nécessitant pas le port régulier de charge de plus de 10 kg

et autorisant des changements fréquents de position assis/debout. Les atteintes neurologiques figuraient au premier plan des limitations fonctionnelles retenues par l'expertise de la D. _____ de 2011 et justifiaient une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. Compte tenu de la problématique neurologique présentée en 2011 par la recourante et des importantes limitations fonctionnelles en découlant, cet aspect appelait à l'évidence une appréciation spécialisée actualisée afin d'analyser les diagnostics pertinents et leurs éventuelles

- 28 - répercussions sur la capacité de travail, voire leur interaction avec les autres troubles de la recourante. Or, rien au dossier ne permet de se positionner sur ces questions. Aucun des médecins interpellés n'était neurologue et a donc formulé d'appréciation spécialisée sur cette problématique. Force est d'admettre que des investigations supplémentaires étaient nécessaires et les lacunes au dossier ne pouvaient en tous les cas pas être assimilées à l'absence d'élément concret susceptible de se répercuter du point de vue neurologique sur la capacité de travail de la recourante. Dans ces conditions, on ne saurait se rallier à la position de l'intimé. Force est donc de constater que l'instruction menée par l'intimé est insuffisante sous l'angle somatique. bb) Sur le plan psychiatrique, il y a lieu de relever que le Dr DG. _____, tout comme le Dr F. _____ en 2011, a diagnostiqué un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique (F32.00). Si ces experts s'entendent sur le même diagnostic, le Dr DG. _____ a toutefois retenu ce dernier comme incapacitant, contrairement à son confrère. Ainsi, l'expert a conclu à une capacité de travail médico-théorique de 70 % depuis l'expertise de 2011, en précisant qu'il y avait eu une aggravation de l'état psychique avec une dépression d'intensité moyenne se situant en novembre 2015 avec médico-théoriquement une capacité de travail de 50 % jusqu'au rapport du 3 novembre 2017. Avec un traitement optimal, la capacité de travail devrait être de 100 % dans un délai de huit semaines (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 du rapport d'expertise du CF. _____). Pour poser ce diagnostic, l'expert du CF. _____ a indiqué que l'examen psychiatrique mené n'avait pas mis en évidence de ralentissement psychomoteur net englobant l'ensemble de l'activité motrice. Ainsi, il n'avait pas été retrouvé de ralentissement dans la gestuelle accompagnant la discussion, la mimique ainsi que le langage. Il n'avait pas été retrouvé non plus de symptôme physique pouvant être rattaché à des troubles anxieux. La personne assurée n'avait pas verbalisé d'émotion en rapport avec une problématique anxieuse. Il n'avait pas été

- 29 - retrouvé d'idée suicidaire. La tristesse et les pleurs étaient apparus un court instant quand il lui avait été demandé d'évoquer son état actuel. Le reste de l'examen, la personne assurée était euthymique (cf. chiffre III.6.a.4 p. 48 du rapport d'expertise du CF. _____). On ne peut que relever que l'expert a réfuté toute anxiété généralisée en se contentant de renvoyer laconiquement à l'absence de signe clinique lors de l'entretien, puis il a conclu à un trouble dépressif léger en indiquant que : « sur le plan sémiologique, l'élément qui revenait constamment était la perte de l'élan vital, l'anhédonie ainsi que la fatigabilité, rattachées par la personne assurée à ses douleurs et à ses troubles du sommeil. Les éléments dépressifs n'étaient pas plus marqués le matin. Il n'y a pas de perte d'appétit ni d'amaigrissement. Sinon, en prenant en compte l'examen clinique et les éléments rapportés par la personne assurée ainsi que ses thérapeutes, il est retrouvé une réduction de l'énergie et une augmentation de la fatigabilité, une perte de confiance en soi, une perturbation du sommeil, une humeur dépressive et en tout cas inconstante et variable selon les conditions contextuelles » (cf. chiffre III.6.a.4 p. 48 idem), alors même que la recourante a expliqué,

lors de son examen, souffrir d'une aggravation des troubles de l'humeur (cf. chiffre III.7.a. p. 50 idem), confirmée ultérieurement par la Dre Z._____. Le Dr DG._____ a simplement écarté le diagnostic d'épisode dépressif récurrent en exposant que ce dernier supposait « selon la CIM-10 la présence dans le passé d'au moins 1 épisode dépressif séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins 2 mois sans perturbation significative de l'humeur » (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 idem). En termes de sévérité, le Dr DG._____ a expliqué que le diagnostic d'épisode dépressif ne rencontrait pas le nombre de critères suffisants pour être qualifié de « moyen » (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 idem). En l'absence d'une discussion objective et dûment étayée autour du diagnostic écarté d'épisode dépressif moyen, la position défendue par le Dr DG._____ n'apparaît pas convaincante sous cet angle déjà. L'expert psychiatre fonde notamment son argumentation et ses conclusions sur le traitement mis en place qui ne correspondrait pas aux règles d'un traitement antidépresseur en termes de doses et de choix de molécule et que la recourante aurait arrêté de son propre chef les traitements

- 30 - antidépresseurs prescrits en raison d'effets secondaires, sans qu'il soit retrouvé dans les rapports de tentative de mise en place d'autres traitements antidépresseurs (cf. chiffre III.6.a.4 p. 49 idem). Or, il est le lieu de constater que l'expert psychiatre n'a pas pris contact avec le psychiatre traitant de la recourante, ce qui aurait été utile pour connaître les raisons non seulement d'un tel traitement mais également de l'éventuel raison de la non-compliance de la recourante, d'autant plus que l'expert psychiatre n'a mentionné comme traitement que le Trittico 50 mg (cf. chiffre III.3.b.11 p. 46 idem) – alors que l'expert en médecine interne a tout de même noté l'Atarax (cf. chiffre II.3.b.11 p. 27 idem) – et que la Dre Z._____ a indiqué que la recourante prenait 150 mg de Trittico et 25 mg d'Atarax (cf. rapport du 30 mars 2021). De tels traitements rendent clairement compte de l'importance de la symptomatologie développée par la recourante et ne sauraient avoir été prescrits à la légère par des spécialistes. Enfin, le Dr DG._____ s'est basé sur le rapport du

E. 10

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 LPGA). 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 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 ; Ueli Kieser, ATSG- Kommentar, 2e éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

- 33 - 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'espèce, il ne pouvait échapper à l'intimé que le rapport d'expertise du CF. _____ était insuffisant (compte tenu du manque d'investigations neurologiques notamment) pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante, de sorte que ce document ne pouvait se voir accorder une pleine valeur probante. La Cour de céans estime que l'intimé a failli à son obligation d'élucider les faits à satisfaction. Il s'agit dès lors de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction. Après actualisation des pièces médicales, il lui appartiendra de solliciter une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique de la recourante, l'expert psychiatre pouvant s'adjoindre les services d'un neuropsychologue s'il l'estime opportun. Une fois ce complément entrepris, il incombera à l'intimé de fixer le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité en procédant à une nouvelle enquête économique sur le ménage.

E. 11

TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à charge de l'intimé. 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 de fixer plus précisément cette indemnité (art. 2 al. 1 let. a et 3bis al. 1 et 2 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.