

## **VD\_FINDINFO AI 190/13 - 177/2014 vom 9. Juli 2014**

VD Tribunal cantonal, 2014-07-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_190\\_13\\_-\\_177\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_190_13_-_177_2014)

FR: VD\_FINDINFO AI 190/13 - 177/2014 du 9 juillet 2014

IT: VD\_FINDINFO AI 190/13 - 177/2014 del 9 luglio 2014

### **Regeste**

ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, AFFECTION PSYCHIQUE, SOMATISATION, DÉPRESSION, COMORBIDITÉ, EXPERTISE | 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 19**

Madame F. \_\_\_\_\_ dispose-t-elle en l'état de suffisamment de ressources psychiques pour lui permettre de surmonter ses douleurs et d'exercer (partiellement) une activité sur le marché du travail? Non, comme noté dans la discussion.

#### **E. 20**

Le Tribunal fédéral relève encore que l'expertise se fonderait uniquement sur les plaintes et informations transmises par l'assurée et regreffe l'absence de tests sur le plan psychiatrique et d'autres moyens d'investigation médicale. De tels tests et autres moyens d'investigation pour répondre aux questions susmentionnées existent-ils et, si oui, sont-ils pertinents dans le cas d'espèce? Cf. consilium de psychiatrie où la sémiologie psychiatrique est bien détaillée. Nos diagnostics se basent sur l'observation de plusieurs experts et également sur l'échelle de dépression MADRS, en plus de l'anamnèse de l'entourage de Madame F. \_\_\_\_\_ et de ses médecins traitants. Questionnaire complémentaire de l'OAI à l'expert :

#### **E. 21**

Prière de vous déterminer sur l'aspect incapacitant de la somatisation en conformité avec la jurisprudence en la matière; quelles sont les raisons pour lesquelles le trouble douloureux ne serait pas surmontable par un effort de volonté raisonnablement exigible? Cf. discussion Se référer également au consilium psychiatrique dans lequel les critères de gravité sont soigneusement examinés.

#### **E. 22**

Vos conclusions sont en contradiction avec celles de l'expertise V. \_\_\_\_\_ de 2006; pourriez- vous motiver en détail cette divergence? Voir dans la discussion où sont discutés les symptômes et signes cliniques qui permettent de poser le diagnostic de comorbidité psychiatrique sous forme d'épisode dépressif de degré moyen à sévère actuellement et la démonstration des critères de gravité du trouble somatisation. L'état de dépendance pathologique de Madame F. \_\_\_\_\_ à sa famille, témoignant de l'aggravation du trouble somatoforme s'est installé progressivement depuis 2004. Le suivi psychiatrique à I. \_\_\_\_\_ a débuté en 2007, montrant bien l'épuisement des ressources de l'expertisée et la nécessité de prendre en charge sa symptomatologie globale, dont la symptomatologie dépressive. La situation lors de notre évaluation de 2011 était donc bien différente de celle faite au V. \_\_\_\_\_ 5 ans plus tôt où aucune pathologie psychiatrique n'avait été retenue.

Actuellement, nous avons encore des critères supplémentaires d'aggravation psychique, avec l'état dépressif décrit plus haut, en plus de l'évolution défavorable des somatisations au cours des années ». Dans ses déterminations du 1<sup>er</sup> mai 2014 sur le rapport d'expertise, l'OAI a proposé le rejet du recours. Il retient, sur la base de l'avis médical du Dr CJ.\_\_\_\_\_ du SMR du 24 avril 2014 qu'il joint à son écriture, que le début de l'incapacité de travail se situerait entre avril 2011 et février 2014 et en déduit que la décision attaquée, de novembre 2011, est dans tous les cas de figure envisageables antérieure à l'échéance du délai de carence d'une année à compter du début de l'incapacité de travail. Pour l'intimé, la somatisation n'était pas invalidante au sens de l'AI lorsqu'a été réalisée l'expertise de la H.\_\_\_\_\_ du 19 avril 2011, faute d'une comorbidité psychiatrique. Or, une telle comorbidité ne pouvait être apparue avant la réalisation de l'examen psychiatrique de l'assurée. L'avis médical du Dr CJ.\_\_\_\_\_ du SMR du 24 avril 2014 précité a notamment la teneur suivante : « Discussion : La présente expertise confirme l'absence d'atteinte somatique incapacitante. Actuellement, au vu de la description anamnestique et clinique, la présence d'un épisode dépressif moyen à sévère ne fait aucun doute (cette affirmation a été confirmée en permanence psychiatrique au SMR, Dr DK.\_\_\_\_\_). L'épisode dépressif constitue une comorbidité psychiatrique incapacitante, responsable d'une incapacité de travail totale. Reste à examiner à quand remonte l'incapacité de travail. Comme mentionné par les experts, au vu de la fluctuation des symptômes physiques et psychiques et de l'absence de trouble psychiatrique retenu au V.\_\_\_\_\_ en 2006, l'incapacité ne peut être considérée comme remontant à 2004. Lors de la précédente expertise (datée du 19.04.11), et au vu de l'argumentation détaillée dans l'avis SMR du Dr Q.\_\_\_\_\_ (06.05.11) et l'avis juriste de M. [...] (27.05.11), l'assurée ne présentait à ce moment pas de comorbidité psychiatrique incapacitante (les symptômes dépressifs présents ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct) et le trouble somatisation ne remplissait pas les critères permettant de justifier un caractère incapacitant. Dès lors, l'incapacité de travail totale retenue depuis 2007 ne nous paraît pas justifiée. Nous relevons enfin que malgré le pronostic défavorable établi par l'expert psychiatre en lien avec la réponse à un quelconque traitement, l'assurée ne bénéficie actuellement et depuis 2011 d'aucun traitement antidépresseur. Conclusion : Jusqu'à la précédente expertise datée du 19.04.11, nos conclusions restent inchangées. Il semble exister au moment de la présente expertise une atteinte psychiatrique dépressive incapacitante dont le diagnostic distinct au trouble somatisation est justifié, représentant dès lors une comorbidité psychiatrique. Toutefois, en l'état, nous ne pouvons nous déterminer sur la date à laquelle l'assurée a présenté une symptomatologie dépressive suffisamment intense pour justifier le diagnostic d'épisode dépressif moyen à sévère. La date du début de l'incapacité de travail se situe selon nous entre avril 2011 et février 2014 ». Dans ces déterminations du 5 mai 2014, la recourante a relevé qu'au vu du rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> avril 2014, il convenait d'admettre qu'elle présente des troubles somatoformes douloureux à caractère invalidant justifiant l'octroi d'une rente AI entière. Le 20 mai 2014, l'OAI a une nouvelle fois proposé le rejet du recours. Dans ses observations du 11 juin 2014, la recourante a confirmé ses conclusions. E n d r o i t : 1. Par arrêt du 9 juillet 2013, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du 4 juillet 2012 et renvoyé la cause à la présente instance pour complément d'instruction et nouveau jugement. Il convient dès lors de déterminer si la recourante a droit à une rente d'invalidité, singulièrement d'évaluer son incapacité de travail, à la lumière de l'instruction complémentaire menée à la suite de l'arrêt

de renvoi du Tribunal fédéral. 2. a) Le droit applicable est déterminé par les règles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). b) Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard des dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales; RS 830.1) et des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 4<sup>e</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de cette législation, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Un degré d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donne droit à un trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur du 1<sup>er</sup> janvier 2004 au 31 décembre 2007, et art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c in fine et les références citées; TF I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 3.2; TF I 1093/06 du 3 décembre 2007 consid. 3.1). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les

points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a et TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients. Ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

4. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical. Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndrome. Selon la jurisprudence, ceux-ci n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que de tels syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2; TF 9C\_832/2012 du 20 juin 2013 consid. 2.2 et 9C\_953/2011 du 25 octobre 2012 consid. 5.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consiste surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée dispose des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission qui leur est confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3; TF 9C\_953/2011 précité consid. 5.3).

5. a) A la suite de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, la recourante a fait l'objet de nouveaux examens complets de la part des médecins du H.\_\_\_\_\_. Dans ce contexte, elle a été examinée par les Drs K.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_, X.\_\_\_\_\_, L.\_\_\_\_\_ et BH.\_\_\_\_\_. Après avoir pris connaissance de la documentation médicale au dossier, établi un rappel anamnestique et décrit les plaintes de

l'assurée, les experts ont procédé à une nouvelle évaluation de cette dernière avec examen des status notamment cardiovasculaire, respiratoire, digestif, ostéo-articulaire, et neurologique avec écho-doppler et EEG. Au plan psychiatrique, la recourante a en outre été soumise à des tests (échelle de dépression MADRS). Les experts judiciaires ont constaté qu'ils ne détenaient pas d'élément organique qui expliquerait une diminution des aptitudes professionnelles de l'assurée. Ils ont ainsi confirmé l'hypertension artérielle, relevant des valeurs tensionnelles sous traitement normales lors de l'expertise, l'obésité, le status après opération pour varices du membre inférieur droit en novembre 2003, sans évidence par la suite de thrombose veineuse profonde, ces diagnostics n'influençant pas la capacité de travail. S'agissant de la rhino-conjonctivite, bien que chronique et ne répondant pas de manière tout à fait satisfaisante au traitement classique, les experts sont d'avis qu'elle ne représente pas non plus une entrave à une capacité de travail dans une activité légère hors expositions répétées aux acariens de manière importante. Sur les plans rhumatologique et neurologique, les experts judiciaires ont constaté que leurs appréciations actuelles rejoignent celles de leur expertise précédente de 2011, à savoir l'absence de pathologie ostéo-articulaire significative pouvant expliquer la généralisation des douleurs à tout l'appareil locomoteur. On notera toutefois que le Dr X. \_\_\_\_\_ a retenu dans le rapport d'expertise d'avril 2014 le diagnostic rhumatologique de syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur d'étiologie indéterminée, sans mise en évidence de pathologie ostéo-articulaire significative, alors qu'il n'avait pas retenu un tel diagnostic en avril 2011. Pour les experts, l'examen physique objectif montre une bonne mobilité articulaire globale et du rachis tant à l'examen par l'interniste que par le rhumatologue. Quant à l'examen neurologique, il est à nouveau entièrement normal, avec un EEG sans anomalie significative. Il n'y a pas non plus à l'écho-doppler des vaisseaux précérébraux d'éléments pour une pathologie vertébro-basilaire à l'origine des troubles vertigineux. Le Dr T. \_\_\_\_\_ a ainsi confirmé l'absence d'atteinte neurologique structurale tant au niveau du système nerveux périphérique que central. Quant à la symptomatologie vertigineuse, visuelle et les états de faiblesse allant jusqu'à la perte de connaissance, ils ne sont pas liés à une pathologie somatique et notamment à une pathologie migraineuse mais correspondent à des phénomènes psychogènes. L'appréciation qui précède est superposable à celle retenue dans l'expertise d'avril 2011. On retiendra dès lors que la recourante présente des symptômes somatiques sans substrat organique. b) Il convient donc d'examiner à la lumière de la jurisprudence relative à l'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique si le trouble de somatisation mis en évidence par les experts judiciaires doit – ou non – conduire à retenir une incapacité de travail chez la recourante, et dans l'affirmative dès quelle date. A cet égard, selon les experts judiciaires, la recourante présente désormais, avec effet sur la capacité de travail, en sus d'un trouble de somatisation (F45.0), un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique (F32.1). Or les premiers experts du H. \_\_\_\_\_, dans leur rapport d'expertise du 19 avril 2011, avaient retenu avec effet sur la capacité de travail le seul diagnostic de somatisation, en relevant que si les symptômes dépressifs étaient présents, ils ne se manifestaient pas avec une intensité suffisante pour constituer un trouble anxieux ou dépressif distinct. Dans ce contexte, il ne fait nul doute, et le Dr CJ. \_\_\_\_\_ du SMR n'en disconvient pas dans son avis du 24 avril 2014, que l'épisode dépressif moyen à sévère diagnostiqué par les experts du H. \_\_\_\_\_ dans leur expertise complémentaire du 1<sup>er</sup> avril 2014 constitue une comorbidité psychiatrique déterminante, qui entraîne une incapacité totale de travailler, qui est survenue postérieurement à l'expertise initiale d'avril 2011 du H. \_\_\_\_\_, mais avant

le complément d'expertise dont le volet psychiatrique a été effectué en février 2014. On retiendra donc pour établi que l'incapacité de travail de la recourante a été totale dans toute activité à tout le moins à compter du mois de mai 2011. Il convient toutefois d'examiner également ce qu'il en est de la période antérieure, dès lors que les experts judiciaires font remonter l'incapacité de travail totale à 2007. A cet égard, les experts ont relevé que l'assurée ne mentionnait aucun antécédent dépressif clair avant l'apparition de ses plaintes somatiques. Par la suite, l'état psychique semblait avoir été fluctuant, avec la présence constante d'un degré d'anxiété et de dépression, qui paraissait en accentuation, notamment depuis la précédente expertise [d'avril 2011]. Au regard de ces observations médicales, on ne saurait retenir que le trouble somatisation dont souffre la recourante était accompagné entre 2007 et 2011 d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Toutefois, en l'absence de comorbidité psychiatrique déterminante, certains critères permettent de reconnaître exceptionnellement le caractère invalidant d'un trouble somatoforme (respectivement d'un trouble somatisation, s'agissant d'une affection qui présente le même tableau clinique). A cet égard, les experts judiciaires ont constaté que la recourante n'était pas apte à montrer un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et reprendre une activité lucrative adaptée à son état de santé sur le plan somatique. Cela n'était pas exigible, au vu de l'état dépressif moyen à sévère, mais également de l'importance du trouble somatisation, qui s'étendait sur plusieurs années sans rémission durable et surtout au vu de la perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. La recourante n'était pas capable de sortir seule pour avoir des activités sociales, ni de tenir seule son ménage et de s'occuper d'elle-même dans la vie de tous les jours. L'état psychique était cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique. Il s'agissait d'un processus inconscient découlant des limitations émotionnelles inhérentes aux phénomènes de somatisation. Il y avait par ailleurs échec des traitements ambulatoires conformes aux règles de l'art, alors même que la recourante était coopérative dans la mesure où elle se rendait au moins une fois par mois à I. \_\_\_\_\_ pour des entretiens psychologiques. L'approche ethno-psychiatrique via I. \_\_\_\_\_, avec des entretiens psychologiques une fois par mois, représentait un dispositif thérapeutique adapté et expérimenté dans ce genre de situation, avec certes une médication antidépressive qui pourrait être mieux conduite, mais toutefois de faibles chances de succès au vu du profil global des troubles de l'expertisée. Interpellés spécifiquement sur la date dès laquelle les troubles de la recourante l'avaient empêchée d'exercer une activité, les experts ont expliqué qu'il leur était difficile d'affirmer que la recourante présentait déjà une incapacité de travail complète depuis 2004, soit au début des plaintes et investigations, en raison de la fluctuation des symptômes physiques et du trouble psychique et de l'absence de trouble psychiatrique retenu au V. \_\_\_\_\_ en 2006. Par contre, la situation s'était par la suite nettement aggravée progressivement, en tout cas en 2007, au vu de la prise en charge psychiatrique instaurée à ce moment-là et de la dépendance à la famille depuis cette période. Les experts jugeaient ainsi l'incapacité de travail totale depuis 2007. La situation médicale de l'expertisée était restée inchangée jusqu'à l'expertise de 2011 au sujet de laquelle les experts soulignaient rétrospectivement quant à la gravité du trouble somatisation, sa chronicité, l'état psychique cristallisé, l'importance des répercussions sociales, familiales et personnelles qu'il engendrait, et l'absence de ressources dont disposait l'assurée pour y faire face (capacités d'introspection limitées). Entre 2011 et l'expertise de 2014, une aggravation psychique était mise en évidence, avec l'apparition d'un état dépressif. Finalement, il ressort de ce qui précède que les critères permettant de reconnaître exceptionnellement le caractère

invalidant du trouble somatoforme (respectivement trouble somatisation) sont réalisés. Par conséquence, il apparaît au terme d'une appréciation (juridique) des constatations médicales des experts – dont le rapport du 1<sup>er</sup> avril 2014 remplit tous les réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante – que la présomption selon laquelle cette atteinte et ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible de la part de la recourante est renversée. On retiendra dès lors que l'assurée présente une incapacité de travail totale dans toute activité depuis 2007. Il s'ensuit que le délai d'attente d'une année prévu à l'art. 29 al. 1 let. b LAI (désormais art. 28 al. 1 let. b LAI) a commencé à courir en janvier 2007, pour arriver à échéance en janvier 2008. La recourante a dès lors droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision attaquée réformée, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité est allouée à la recourante avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2008. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Selon la pratique de la Cour de céans, se référant à l'art. 69 al. 1bis LAI, cela vaut également pour l'OAI. En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI. La recourante obtenant gain de cause et qui a procédé avec l'assistance d'un mandataire, a droit à des dépens d'un montant de 3'500 fr. (art. 55 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]; art 61 let. g LPGA), ces dépens comprenant les dépens de la précédente cause (AI 363/11 – 234/2012), conformément au ch. 4 du dispositif de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 9 juillet 2013, ainsi que les dépens de la présente espèce.

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