

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 716 vom 26. November 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-11-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__716

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 716 du 26 novembre 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 716 del 26 novembre 2013

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, RÉVISION{DÉCISION} | 28 LAI, 4 LAI, 17 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 4

Au cas d'espèce, il incombe à la Cour de céans d'examiner si un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité s'est produit depuis les décisions des 3 avril et 12 mai 2009, justifiant la suppression de la rente entière décidée par l'office intimé le 26 juillet 2012.

E. 5

Il convient dans un premier temps de considérer la situation sous l'angle médical. a) A cet égard, on rappellera que l'assurée s'est initialement vu octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2008 sur la base d'un rapport SMR de la Dresse K. _____ du 22 décembre 2008, se référant à des avis médicaux préalablement recueillis auprès des Drs J. _____ et F. _____. A cette époque, il a ainsi été retenu que l'intéressée souffrait de céphalées persistantes avec malaises, nausées, vomissements et pertes de connaissances, d'un status après opération d'une malformation complexe de la jonction crânio-cervicale, et d'un status après pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale pour hydrocéphalie, et qu'elle présentait de ce fait une entière incapacité de travail tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (à savoir : céphalées avec nausées, vomissements, pertes de connaissance, troubles de la marche, fatigabilité). b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en janvier 2010, l'OAI a mis en œuvre une expertise neurologique réalisée par le Dr T. _____, lequel a rédigé son rapport y relatif en date du 2 février 2011. A titre de diagnostics se répercutant sur la capacité de travail, l'expert a retenu des céphalées d'origine indéterminée (probablement mixtes), un status après crâniectomie sous-occipitale décompressive et plastie de dure-mère le 15 mai 2007 pour malformation complexe de la jonction crânio-cervicale avec impression basilaire, assimilation de l'atlas, foramen magnum étroit et malformation de type Arnold Chiari, et un status après mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale le 1^{er} juillet 2007. En particulier, le Dr T. _____ a relevé que les pertes de connaissance avaient disparu, qu'il n'y avait plus eu de crises de tremblements depuis mars 2010, que les céphalées restaient quotidiennes, que les nausées et vomissements survenaient tous les matins, et que les vertiges à type d'instabilité étaient occasionnels (2 fois par semaine). Il a ajouté que la situation de l'assurée était vraisemblablement compliquée d'un état anxieux voire dépressif contribuant à l'entretien des maux de tête et conduisant à un état de chronicisation et d'inactivité. Prenant en compte les seuls éléments somatiques, l'expert a retenu une capacité de travail médico-exigible de 50% (plein temps avec rendement de 50% ou mi-temps avec

rendement de 100%) dans l'activité de gestionnaire en prestation ou dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles de la recourante, à savoir une activité relativement simple et répétitive, ne nécessitant pas d'apprentissage important de nouvelles informations ni d'engagement physique lourd ou de port régulier de charges de plus de 10 kg, et permettant l'alternance des positions assise/debout. Il a toutefois souligné que les éléments psychologiques ainsi que les facteurs de chronicisation méritaient de faire l'objet d'une expertise psychiatrique et, le cas échéant, d'un bilan neuropsychologique. aa) Bien que l'aspect somatique – et plus particulièrement neurologique – ne soit, à proprement parler, pas contesté dans le cadre de la présente procédure de recours, il convient de relever que, sous cet angle, les avis émis par les médecins traitants de l'assurée n'entament en rien le bien-fondé des conclusions du Dr T._____. Ainsi, en ce qui concerne le Dr L._____, il a signalé la persistance de céphalées, de vomissements ainsi que de vertiges (cf. rapports des 19 août 2010, 14 août 2010 et 4 mars 2013). Il a par ailleurs souligné les difficultés auxquelles il était confronté pour évaluer l'exigibilité d'une activité professionnelle, dès lors qu'il ne décelait que peu d'éléments objectifs nonobstant les plaintes multiples de la recourante (cf. rapports des 19 et 24 août 2010), mais a finalement retenu que l'exercice d'une activité professionnelle lui paraissait compromis, « malgré l'absence de trouvailles objectives sur le bilan neurologique et gastro-entérologique » (cf. rapport du 4 mars 2013). Cela étant, force est de constater que ce médecin n'a mis en lumière aucun élément important ignoré par l'expert T._____. En ce qui concerne plus particulièrement la capacité résiduelle de travail de la recourante, le Dr L._____ s'est prononcé de manière évasive, sans réelle motivation et en soulignant que les plaintes de la recourante n'avaient que peu de substrat objectif. Dans ces conditions, son appréciation ne peut l'emporter sur celle du Dr T._____, lequel, s'il a également admis qu'il était particulièrement aléatoire de se prononcer sur une capacité de travail lorsque les plaintes étaient essentiellement subjectives (cf. rapport d'expertise du 2 février 2011 p. 18), n'en a pas moins retenu de manière dûment motivée que les seuls éléments somatiques justifiaient une incapacité de travail de 50%. Quant au Dr J._____, il a affirmé de manière péremptoire, par constat du 14 mai 2012, que l'état de santé de l'assurée n'avait pas évolué depuis l'octroi initial de sa rente d'invalidité et que sa symptomatologie – dont l'origine restait peu claire – ne lui permettait pas de travailler. Ce faisant, ce médecin a fait part de sa propre appréciation de la situation, fondée non pas sur une motivation concrète et scientifique mais sur les plaintes – par définition subjectives – de l'assurée. En outre, si le Dr J._____ a préconisé une nouvelle expertise, il n'a pas expliqué en quoi il contestait celle de l'expert mandaté par l'OAI. Dans ces conditions, son opinion ne saurait mettre en cause le bien-fondé des conclusions du Dr T._____. Enfin, le Dr F._____ a exposé que la recourante présentait toujours des céphalées, nausées, vomissements et troubles de l'équilibre plus ou moins stationnaires depuis 2007, et que des mesures thérapeutiques s'imposaient avant toute évaluation utile de la capacité de travail, respectivement que l'intéressée était dans son état actuel totalement incapable de travailler (cf. rapports des 13 avril 2012 et 19 mars 2013). Ces indications, qui reflètent l'opinion du neurologue traitant, ne reposent toutefois sur aucun élément médical objectif dont le Dr T._____ aurait omis de tenir compte. En définitive, le Dr F._____ n'a donc fourni aucune explication convaincante laissant à penser que la capacité résiduelle de travail de l'assurée aurait été surévaluée par l'expert T._____. Sur le vu de ce qui précède, on ne peut que se rallier à l'appréciation de l'expert T._____ – qui satisfait par ailleurs aux réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer valeur probante (cf. consid. 3b supra) – reconnaissant à l'assurée, sur le plan

neurologique, une capacité résiduelle de travail de 50% tant dans son ancienne activité de gestionnaire en prestations que dans une activité adaptée. bb) Sur le plan psychique, il faut rappeler que dans le cadre de son expertise neurologique, le Dr T. _____ a évoqué un état anxieux voire dépressif et a insisté sur la nécessité de procéder à une expertise psychiatrique et, au besoin, à un bilan neuropsychologique afin de tenir compte de la composante psychologique et d'éventuels facteurs de chronicisation. Des éléments relevant de la sphère psychique ont également été observés par les médecins somaticiens consultés par la recourante. En particulier, le Dr L. _____ a fait mention d'un éventuel aspect psychique dans son rapport du 24 août 2010. Quant au Dr J. _____, il a signalé un probable état dépressif aux termes de son constat du 14 mai 2012. S'agissant enfin du Dr F. _____, ses comptes-rendus des 13 avril 2012 et 19 mars 2013 mentionnent un probable état dépressif réactif, en lien avec une problématique de chronification, ainsi que l'échec d'une tentative de traitement antidépresseur (cf. rapports des 13 avril 2012 et 19 mars 2013). Sur le plan thérapeutique, il ressort encore du dossier qu'après avoir été suivie par une infirmière en psychiatrie du CMS vraisemblablement dès 2007, l'assurée a bénéficié d'une prise en charge auprès d'un spécialiste en psychiatrie dès le mois de mai 2008, traitement ultérieurement interrompu. Les éléments qui précèdent incitent à s'interroger sur l'existence d'une éventuelle atteinte psychiatrique susceptible, le cas échéant, d'influencer la capacité de travail de la recourante. Toutefois, aucune investigation n'ayant été entreprise par l'administration sous l'angle psychique, ces interrogations demeurent entières en l'état du dossier et constituent autant d'indices justifiant la mise œuvre des mesures d'instruction supplémentaires préconisées par l'expert T. _____, conformément à l'opinion défendue par l'assurée dans ses objections du 24 avril 2012 puis dans le cadre de la présente procédure de recours. Or, si dans un premier temps les médecins du SMR – et, corollairement, l'OAI – ont nié l'utilité d'un tel complément d'instruction (cf. avis médical SMR des Drs N. _____ et X. _____ du 24 février 2011), il demeure qu'aux termes d'un avis du 11 octobre 2013 auquel l'office s'est rallié le 23 octobre suivant, le Dr H. _____ du SMR a convenu qu'il y avait lieu de procéder à une expertise psychiatrique et, au besoin, à un examen neuropsychologique conformément à l'avis du Dr T. _____. Autrement dit, il s'avère qu'en définitive, la recourante comme l'intimé s'accordent sur la nécessité de mettre en œuvre des mesures d'investigations supplémentaires portant sur l'aspect psychique. Ce point ne faisant au final plus l'objet d'aucune controverse, le Tribunal peut donc s'abstenir de plus amples développements sur le sujet. c) Il convient par conséquent de retenir que le dossier de la cause est manifestement lacunaire en ce qui concerne la santé psychique de la recourante, ce dont l'OAI ne disconvient pas. Par voie de conséquence, la Cour de céans n'est pas en mesure de trancher en toute connaissance de cause la question de savoir si, depuis les décisions d'octroi de rente des 3 avril et 12 mai 2009, l'état de santé de l'assurée a connu une évolution significative sous l'angle du droit aux prestations.

E. 6

C'est à présent le lieu d'examiner la question du statut de la recourante. a) Les décisions initiales d'octroi de rente des 3 avril et 12 mai 2009 reposaient sur un statut de 100% active, conformément aux indications de l'assurée selon lesquelles, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% comme gestionnaire en prestations depuis toujours, pour des raisons financières (cf. formulaire 531bis indexé par l'OAI le 12 décembre 2007). b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en janvier 2010, l'intéressée a indiqué, aux termes d'un formulaire 531bis complété le 30 août 2010, qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%

en tant que gestionnaire de prestations depuis 2000, pour des motifs financiers. Toutefois, se fondant sur les conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 janvier 2012, l'office intimé a considéré, aux termes de la décision entreprise, que la recourante devait être considérée comme active à 50% et ménagère à 50% dès février 2009 – position que cette dernière a contesté. Force est de constater que les déclarations de l'assurée résultant du formulaire 531bis du 30 août 2010 s'opposent manifestement aux conclusions du rapport d'enquête économique sur le ménage du 3 janvier 2012. A cet égard, la jurisprudence prévoit qu'en présence de deux (ou plusieurs) versions différentes, la préférence doit généralement être donnée à celle que l'assuré a fournie en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le produit de réflexions antérieures (cf. ATF 121 V 47 consid. 2a et réf. cit.; cf. TF 9C_428/2007 du 20 novembre 2007 consid. 4.3.2 et TFA I 36/05 du 19 avril 2006 consid. 3.6). Néanmoins, il ne s'agit pas là d'une règle immuable, faute de quoi elle entrerait en conflit avec le principe de la libre appréciation des preuves. De telles déclarations sont des hypothèses abstraites dont la teneur dépend notamment du taux de compréhension que peut en avoir l'assuré concerné et de la situation personnelle ou financière de celui-ci qui ne peut être considérée comme figée à l'époque de leur première émission (cf. TF 9C_139/2010 du 29 octobre 2010 consid. 3.2). Reste à déterminer si, en l'espèce, l'OAI était fondé à écarter les premières déclarations de l'assurée figurant dans le formulaire 531bis du 30 août 2010 pour se fonder sur les conclusions du rapport d'enquête du 3 janvier 2012. aa) S'il est vrai que de manière générale, une naissance au sein d'un couple jusqu'alors sans enfant peut contribuer à ce que la mère diminue son taux d'activité pour se consacrer à sa famille, on ne saurait toutefois considérer qu'il s'agisse là d'un principe absolu, et encore moins que la baisse du taux d'activité doive nécessairement atteindre jusqu'à 50%. Dans le cas particulier, il ressort des informations apportées sous la rubrique « Statut » du rapport d'enquête du 3 janvier 2012 (p. 3 ch. 5) qu'interpellée sur ce sujet, l'assurée a répondu qu'en bonne santé, elle aurait baissé son taux d'activité – sans préciser dans quelle proportion – suite à la naissance de ses enfants et que c'est en définitive l'enquêtrice de l'OAI qui a fixé un statut de 50% active et 50% ménagère. Ensuite, sous la rubrique « Observation/Conclusions » (p. 6 ch. 9), l'enquêtrice a observé que la clé de répartition de 50% active et 50% ménagère semblait justifiée dès la naissance du premier enfant de l'assurée et que cette dernière avait déclaré qu'un emploi à mi-temps lui aurait permis de s'occuper de ses enfants. En revanche, le rapport d'enquête n'indique à aucun moment que la recourante aurait expressément déclaré qu'en bonne santé, elle aurait diminué son taux d'activité à 50% dès la naissance de son premier enfant, l'importance de la baisse du taux d'occupation (p. 3 ch. 5) puis le moment auquel cette modification serait intervenue (p. 6 ch. 9) ayant tour à tour été arrêtés sur la seule base de interprétation de l'enquêtrice. Il suit de là que les indications figurant dans le rapport d'enquête du 3 janvier 2012 sont rédigées de manière ambiguë en ce qui concerne le statut de la recourante et que l'on peut s'interroger sur le point de savoir si ces indications reflètent la volonté hypothétique de cette dernière (cf. consid. 3c/dd supra). bb) A cela s'ajoute que l'enquêtrice – et, corollairement, l'OAI – s'est essentiellement fondée sur les circonstances familiales de la recourante, singulièrement sur la naissance des deux enfants de cette dernière, sans réellement s'arrêter sur les autres éléments susceptibles d'être pris en considération conformément à la jurisprudence applicable en la matière (cf. consid. 3c/dd supra). En particulier, l'enquêtrice a certes mentionné les solutions de garde dont disposait la recourante auprès d'une belle-sœur, mais elle n'a toutefois pas cherché à en connaître les

conditions et les proportions (cf. rapport d'enquête p. 3 ch. 5). Or, de telles indications auraient pu contribuer à déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans quelle mesure l'assurée aurait travaillé en bonne santé après la naissance de ses enfants. Partant, en ce qui concerne les circonstances personnelles de la recourante, les données recueillies s'avèrent fragmentaires. Par ailleurs, l'enquêtrice avait admis que le mari de la recourante n'avait pas l'air convaincu par le statut mi-actif. Il apparaît en outre que la situation financière de l'assurée n'a été examinée que très superficiellement, nonobstant les dépenses supplémentaires évidentes susceptibles d'être occasionnées par la naissance successive de deux enfants. A ce propos, on ne peut que constater le caractère particulièrement sommaire des données économiques collectées par l'enquêtrice de l'OAI (cf. rapport d'enquête p. 2 ch. 4). Quand bien même l'époux de l'assurée est resté vague sur la situation financière du couple au cours de l'enquête (cf. *ibid.* p. 3 ch. 5), on pouvait malgré tout attendre de l'intimé qu'il mette en œuvre les mesures d'instruction nécessaires à l'éclaircissement de cette question, conformément à son devoir d'instruction d'office (cf. art. 43 al. 1 LPG), au besoin après avoir rendu la recourante attentive à son devoir de collaborer (cf. ATF 125 V 195 consid. 2). Si l'office a certes donné à l'intéressée la possibilité de compléter le dossier sous l'angle économique (cf. courrier du 30 avril 2012), il demeure que les décisions de taxation fiscale pour les années 2006 à 2010 produites le 1^{er} juin 2012 – mettant notamment en évidence les revenus annuels tirés de l'activité indépendante du conjoint (de 32'071 fr. [en 2009] à 77'723 fr. [en 2006]) ainsi que des éléments d'actifs et de passifs atteignant respectivement plusieurs centaines de milliers de francs – n'ont fait l'objet d'aucune détermination de la part de l'intimé. Plus particulièrement, il appert que l'intéressée et son mari ont acheté une maison trois semaines avant l'enquête du 3 janvier 2012, les intérêts hypothécaires atteignant 2'700 fr. par mois (cf. rapport d'enquête p. 2 ch. 4 et p. 3 ch. 5). Or, de l'aveu de l'enquêtrice, des comptes détaillés auraient pu permettre de se prononcer sur la nécessité économique pour l'assurée d'exercer une activité à 100% eu égard à l'achat de cette maison et à l'importance des charges hypothécaires y relatives (cf. *ibid.* p. 3 ch. 5). Néanmoins, aucune mesure d'instruction n'a été entreprise sur cet aspect spécifique, de sorte que rien au dossier ne permet de saisir concrètement l'impact financier de l'acquisition immobilière réalisée à la fin de l'année 2011, bien que la recourante avait notamment objecté que pour des raisons financières elle n'aurait réduit son taux d'activité que durant la période d'allaitement de ses enfants (cf. objections du 24 avril 2012 p. 2). Dans ces circonstances, faute d'instruction suffisante sur les points qui précèdent, il n'est par conséquent pas possible de trancher la question de savoir si et dans quelle mesure, en bonne santé, l'assurée aurait été poussée, pour des raisons financières, à adapter son taux d'activité depuis la date de l'octroi initial de sa rente d'invalidité. cc) Il découle de ce qui précède qu'en l'état, le statut de 50% active et 50% ménagère proposé par l'enquêtrice de l'OAI – et confirmé par cet office – n'emporte pas la conviction. Pour les mêmes motifs, on ne peut cependant pas non plus s'en tenir au statut de 100% active découlant du formulaire 531bis du 30 août 2010. Il apparaît dès lors qu'en ce qui concerne la détermination du statut de la recourante, des incertitudes subsistent et méritent d'être levées dans le cadre d'une instruction complémentaire.

E. 7

Partant, la Cour de céans ne disposant pas d'informations médicales suffisantes sous l'angle psychique et n'étant pas en mesure de trancher la question du statut de la recourante, il ne saurait être question de procéder ici à l'examen du degré d'invalidité de l'intéressée. Ce nonobstant, en ce qui concerne plus particulièrement l'évaluation des éventuels

empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement de ses travaux habituels, il convient de relever que selon la jurisprudence, la valeur probante d'un rapport d'enquête ménagère est subordonnée – notamment – au fait que ce dernier ait été établi en pleine connaissance des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux (cf. consid. 3c/bb supra), étant précisé que l'enquête ménagère permet non seulement d'estimer les empêchements dus à des troubles physiques mais également à des troubles psychiques (cf. TF 9C_512/2010 du 14 avril 2011 consid. 2.2.2 et la jurisprudence citée). Dès lors qu'en l'espèce des mesures d'investigations s'imposent sur les plans psychiatrique et neuropsychologique (cf. consid. 5b supra), il s'ensuit qu'aucune valeur probante ne peut de toute manière être accordée au rapport d'enquête domiciliaire du 3 janvier 2012 en tant qu'il procède à l'évaluation des empêchements ménagers sur la base d'un dossier médical lacunaire. Pour le surplus, les autres griefs invoqués par l'assurée n'ont pas à être examinés dans la mesure où il s'impose préalablement de compléter l'état de fait. Tout au plus relèvera-t-on, par surabondance, que contrairement à ce que prétend la recourante (cf. mémoire de recours du 12 septembre 2012 p. 18 et 22), il importe peu que le rapport d'enquête ménagère du 3 janvier 2012 ne lui ait pas été soumis pour approbation. En effet, l'assurée se prévaut à cet égard d'un arrêt de l'ancien Tribunal fédéral des assurances concernant non pas les rapports d'enquête domiciliaire, mais le contenu de notes d'entretien téléphonique et la capacité probatoire de tels procès-verbaux (cf. TFA U 131/02 du 6 novembre 2002, in RAMA 2003 U 473 p. 47 ss). Cette jurisprudence ne saurait être étendue aux rapports d'enquête économique sur le ménage, dont la valeur probante est soumise à des règles spécifiques (cf. consid. 3c/bb supra). En tout état de cause, dès lors que le dossier de la cause – comprenant le rapport d'enquête susdit – a ultérieurement été communiqué aux mandataires successifs de la recourante, lesquels ont ainsi eu l'occasion de se déterminer sur le sujet, on peine à voir en quoi l'attitude de l'OAI prêterait le flanc à la critique, même sous l'angle du droit d'être entendu.

E. 8

a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis 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'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'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; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). b) En l'occurrence, l'instruction diligentée par l'OAI s'avère insuffisante tant en ce qui concerne l'aspect psychique (cf. consid. 5 supra) que pour ce qui touche à la détermination du statut de la

recourante (cf. consid. 6 supra), avec pour conséquence que l'on ne peut en l'état procéder à l'évaluation de l'invalidité de celle-ci. Compte tenu de ces circonstances particulières, le renvoi de la cause à l'OAI – auquel il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) – apparaît comme étant la solution la plus opportune. Il se justifie donc de lui renvoyer l'affaire pour qu'il en complète l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et d'un examen neuropsychologique (cf. art. 44 LPGA), et qu'il procède aux mesures d'investigation adéquates aux fins de déterminer le statut de la recourante ainsi que, le cas échéant, ses empêchements dans l'exécution des travaux ménagers. Il appartiendra ensuite à l'office, sur la base des données ainsi récoltées, de rendre une nouvelle décision.

E. 9

a) Le recours doit dès lors être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction au sens des considérants puis nouvelle décision. 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, il convient d'arrêter les frais judiciaires à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens (cf. 55 al. 1 LPA-VD). A cet égard, l'avocat de l'assurée se réfère à la production future d'une note d'honoraires et prétend à une pleine indemnisation, se prévalant d'un arrêt rendu le 22 juin 2012 par le Tribunal fédéral en matière d'assistance judiciaire (TF 9C_735/2011) et excipant des principes applicables à l'indemnisation des parties en procédure civile (cf. mémoire de recours du 12 septembre 2012 p. 24). La Cour de céans ne saurait toutefois souscrire à une telle argumentation. D'une part, en matière d'assurances sociales, les dépens sont fixés par le juge eu égard à l'importance et à la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA), et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. D'autre part, quels que soient les principes prévalant en matière d'assistance judiciaire ou de procédure civile, il n'en demeure par moins que selon les règles spécifiques applicables au présent litige, les frais d'avocat englobés dans les dépens comprennent uniquement une participation aux honoraires et les débours indispensables (cf. art. 7 al. 1, 2 et 3 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2]; cf. également dans ce sens TF 9C_801/2012 du 28 octobre 2013 consid. 5). Il suit de là que c'est à tort que la recourante, par son conseil, prétend à une pleine indemnisation à titre de dépens, ceux-ci devant en l'occurrence être arrêtés à 3'000 fr. compte tenu des circonstances du cas particulier et de la complexité du litige.