

# **VD\_GERICHTE ZD17.052994 vom 16. Oktober 2018**

VD Tribunal cantonal, 2018-10-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD17.052994](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD17.052994)

FR: VD\_GERICHTE ZD17.052994 du 16 octobre 2018

IT: VD\_GERICHTE ZD17.052994 del 16 ottobre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

- 21 -

### **E. 2**

Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement si elle souffre d'atteintes psychiatriques invalidantes.

### **E. 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 ; art. 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. 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. 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). b) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins

donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

- 22 -

#### **E. 4**

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. En 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa pratique en matière d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité en cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4.2 et la jurisprudence citée). Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle ces syndromes peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (consid. 3.4 et 3.5 de l'arrêt cité) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'indicateurs en lieu et place de l'ancien catalogue de critères (consid. 4 de l'arrêt cité). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de la procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques, en particulier aux dépressions légères à moyennes (ATF 143 V 418 et 143 V 409). Le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit désormais être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte des différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_142/2018 du 24 avril 2018 consid. 5.2). Dans l'ATF 143 V 409 consid. 4.2, le Tribunal fédéral a rappelé que le fait qu'une atteinte à la santé psychique puisse être influencée par un traitement ne suffit pas, à lui seul, pour nier le caractère invalidant de celle-ci.

#### **E. 5**

a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les - 23 - références citées ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou

comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient 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. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (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 ; cf. également TF 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 et la référence citée).

- 24 -

## E. 6

En l'espèce, l'intimé a retenu que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée moyennant le respect de ses limitations fonctionnelles. Pour sa part, la recourante remet pour l'essentiel en question l'appréciation de sa capacité de travail, plus particulièrement au plan psychiatrique. Elle soutient que son état de santé ne lui permet pas de travailler. a) L'OAI a principalement fondé la décision litigieuse sur les conclusions de l'avis médical du SMR du 19 juin 2017, rédigé par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_, qui remet en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique G.\_\_\_\_\_ retenant une incapacité totale de travailler en raison des atteintes psychiques de la recourante. Les Drs B.\_\_\_\_\_, T.\_\_\_\_\_ et P.\_\_\_\_\_ ont posé, dans leur rapport d'expertise commun du 9 mai 2017, le diagnostic, sur le plan psychique, de névrose dépressive de gravité sévère, évoluant depuis l'enfance, avec une péjoration et la superposition d'une dépression mélancolique caractérisée. Aux termes de l'entretien de synthèse, les experts se sont accordés unanimement à reconnaître une atteinte significative à la santé. Ils ont admis une incapacité totale de travail depuis le mois d'avril 2016. Plus particulièrement dans son rapport d'expertise psychiatrique du 4 mai 2017, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé comme diagnostics un épisode dépressif majeur, respectivement caractérisé de gravité moyenne (F32.1) et une dysthymie (F34.1). L'expert a relevé que la description de l'évolution des symptômes psycho-pathologiques, depuis l'adolescence de la recourante, s'inscrivait dans un tableau connu en psychiatrie clinique, à savoir l'existence d'une névrose dépressive ou dépression névrotique. Il a considéré que l'état de santé s'était aggravé depuis l'année 2014, relevant notamment une diminution de l'appétit et de la capacité à éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables (anhédonie) et une nette diminution de l'élan vital et constatant que l'assurée n'avait plus de centre d'intérêts. Au surplus, il a fait état de

- 25 - ruminations importantes, d'une fatigabilité accrue dans un contexte d'insomnie et d'un appauvrissement de la pensée. En premier lieu, il sied de relever que l'expertise de la Clinique G.\_\_\_\_\_ a été réalisée par des experts indépendants et impartiaux et qu'elle remplit l'ensemble des critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les Drs P.\_\_\_\_\_, B.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ avaient en effet pleine connaissance du dossier et ont dûment pris en considération les plaintes de la recourante. Les examens cliniques ont été effectués de manière exhaustive, précisément eu égard aux plaintes présentées par la recourante, tant au plan de la médecine interne, de la rhumatologie que de la psychiatrie. L'exposé du contexte médical est cohérent et les conclusions des différents praticiens sont également bien motivées et exemptes de contradiction, contrairement à ce que soutiennent

les Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_. On relèvera à ce stade également que l'expertise de la Clinique G. \_\_\_\_\_, et plus particulièrement son volet psychiatrique sous la plume du Dr P. \_\_\_\_\_, a été rédigée en respectant le catalogue des indicateurs tel que préconisé par la jurisprudence fédérale. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur, respectivement caractérisé de gravité moyenne (F32.1) a été posé par un expert psychiatre selon les règles de l'art, en se référant à un système de classification reconnu et en tenant compte en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et en faisant référence aux limitations fonctionnelles constatées. b) Il convient dès lors de déterminer si les critiques formulées par les médecins du SMR dans leur avis du 19 juin 2017 justifient de s'écarter des conclusions de l'expertise. aa) Les médecins du SMR contestent en premier lieu le diagnostic de dépression mélancolique caractérisée compte tenu du déroulement d'une journée type de la recourante, celle-ci se levant tôt pour réveiller ses enfants, jouant avec eux et ayant un tissu relationnel. Ils

- 26 - évoquent également « l'intérêt à vivre » de l'assuré, comme en témoignerait ses sorties « limitées à une heure ». Comme le relève à juste titre la recourante, le simple fait qu'elle se lève tôt pour réveiller ses enfants et leur faire à manger ne saurait être en contradiction avec le diagnostic posé et la reconnaissance d'une incapacité de travail. On rappellera que l'assurée dispose de la garde exclusive de ses enfants et doit ainsi s'en occuper seule. Au demeurant, ceux-ci ne sont plus des enfants en bas âge et sont ainsi, relativement, autonomes, spécialement son fils aîné, désormais âgé de 15 ans. Au surplus, on ne saurait parler de tissu relationnel comme le font les Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_, ni de ressources suffisantes dans ce contexte. En effet, le tissu relationnel de la recourante se résume à une voisine qui l'aide à faire ses courses sur une base hebdomadaire, ainsi qu'à une visite auprès de sa sœur, à Q. \_\_\_\_\_, une fois par année. En outre, les médecins du SMR supputent que l'absence de contact avec les membres de sa famille en Turquie soit due à la distance, sans que cela ne trouve une assise. Les experts de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ont au contraire souligné à plusieurs reprises que la vie de la recourante était marquée par un retrait social important. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que celle-ci avait perdu l'envie de communiquer avec ses frères et sœurs en Turquie et qu'elle avait également perdu l'envie de voir des amis pour des raisons intrinsèques à sa maladie, qu'elle peine à expliquer. L'expert-psychiatre a également relevé que la recourante ne sortait que rarement de chez elle, vivait une vie cloîtrée, ses balades étant de dix à quinze minutes, cette dernière ne disposant pas d'un permis de conduire. Concernant les sorties évoquées par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_, il ressort de l'expertise médicale que la recourante peut marcher pendant une durée maximale de dix à quinze minutes dans l'après-midi, autour de son domicile. On ne sait sur quelle base ils se fondent pour faire état de « sorties de plus d'une heure ». Les médecins du SMR relèvent que la recourante jouerait avec ses enfants, ce qui exclurait, selon leur appréciation, une pathologie

- 27 - invalidante. On mentionnera que les experts ont relevé qu'elle jouait « mais souvent difficilement avec ses enfants ». Partant, les arguments invoqués par les Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ ne permettent pas d'écarter le diagnostic de dépression mélancolique caractérisée posé selon les règles de l'art par le Dr P. \_\_\_\_\_. bb) Les autres éléments relevés par les médecins du SMR pour contredire le diagnostic précité, soit la présentation de la recourante qui « marche sans boiterie, reste 90 minutes sans se lever, se lève facilement, est souriante, avec une hygiène parfaite, maquillée faiblement », n'emportent pas non plus la conviction. Le fait que l'assurée se rende à une expertise légèrement

maquillée et avec une hygiène parfaite n'est en aucun cas suffisant pour contester un diagnostic de dépression mélancolique caractérisée. Il en va de même du fait qu'elle marche sans boiterie, reste 90 minutes sans se lever et se lève facilement. Les mêmes considérations prévalent concernant le fait qu'elle ait pu également être souriante dans un premier temps, en rencontrant les experts. Ceux-ci ont en effet relevé, à diverses reprises, les pleurs de la recourante. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a souligné que l'exploration des éléments psychologiques douloureux, notamment le décès de son père et un mariage disharmonieux, provoquaient fréquemment des pleurs sincères, sans éléments démonstratifs, chez la recourante. Le Dr T. \_\_\_\_\_, expert- rhumatologue, a également relevé que l'entretien s'était terminé par des larmes au moment où il avait demandé à la recourante quelles étaient les activités qu'elle affectionnait et que celle-ci avait répondu avoir perdu toute joie de vivre. On relèvera également que les affirmations des Drs V. \_\_\_\_\_ et Z. \_\_\_\_\_ sont en contradiction avec les éléments ressortant de l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_. Contrairement à ce qu'affirment les médecins

- 28 - du SMR, l'expert a souligné les symptômes d'une dépression majeure et mis en évidence une aggravation de l'état de santé de l'assurée sur le plan psychiatrique. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé une rumination mentale importante, une fixation importante sur son passé et constaté une fatigabilité mentale qui semblait augmenter, le rendement mental diminuant au fil de l'expertise. Il a relevé que le contenu de la pensée apparaissait clairement appauvri et paralysé par les ruminations mentales de l'expertisée. S'agissant de la mémoire et de l'attention, le Dr P. \_\_\_\_\_, qui a examiné l'assurée récemment au contraire des médecins du SMR, a indiqué que les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « diminution importante de la capacité de se concentrer sur des circonstances ou une activité extérieure. Diminution grave de la capacité d'interagir avec autrui, même avec des proches. Fatigabilité mentale augmentée. Fatigabilité mentale pathologique ». En outre, l'indication des médecins du SMR selon laquelle il existe une forte discordance entre les plaintes de l'assurée et les constatations objectives ne concernent que le volet rhumatologique. Au niveau psychique, l'expert-psychiatre a au contraire souligné qu'aucune incohérence importante n'était observée, la différence entre les observations rapportées dans le rapport de 2014 et celles de 2017 étant facilement explicable par une péjoration significative objectivée. cc) Force est ainsi de constater que les éléments invoqués par les Drs Z. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ dans leur avis du 19 juin 2017 pour dénier toute valeur probante à l'expertise réalisée par le Dr P. \_\_\_\_\_ auprès de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ne convainquent pas. dd) On relèvera au demeurant que le Dr V. \_\_\_\_\_ avait fait partie des experts de l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique ayant précédemment examiné la recourante, dont le rapport du 30 octobre 2014 était à la base de la précédente décision de refus de prestations du 30 mars 2015, annulée par l'arrêt de la Cour de céans du

## **E. 11**

juillet 2016. Pour cette raison, le Dr V. \_\_\_\_\_ ne peut pas être considéré comme impartial et indépendant puisqu'il avait déjà, dans sa

- 29 - précédente expertise, dénié le caractère invalidant des troubles psychiques de l'intéressée et fondé ainsi la première décision de refus de prestations par l'intimé. Il apparaît ainsi critiquable que le Dr Z. \_\_\_\_\_ se sont adjoint les services de son collègue pour la rédaction de l'avis du 19 juin 2017. c) L'OAI soutient en outre que les constats posés par le Dr V. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 octobre 2014 sont superposables à ceux

du Dr P. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 mai 2017. Une telle conclusion ne saurait être suivie. Dans le cadre de son précédent examen psychiatrique, le Dr V. \_\_\_\_\_ avait diagnostiqué un épisode dépressif. Il a d'ailleurs indiqué que deux critères majeurs étaient présents, soit un abaissement de l'humeur et une réduction d'énergie. Il a également évoqué deux critères mineurs, à savoir une diminution de la confiance en soi et une « idéation » suicidaire fluctuante. Néanmoins, il a précisé que ce diagnostic ne présentait pas de caractère incapacitant, sans toutefois justifier son appréciation d'un point de vue médical, se contentant d'indiquer qu'il n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail. Dans le même ordre d'idée, les experts SMR avaient noté que « l'examen n'objective pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'attitude morose et pessimiste face à l'avenir, ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive ». Or, l'ensemble des autres médecins de la recourante avait précisément détecté ces troubles (cf. rapports médicaux du Dr S. \_\_\_\_\_ du 27 juin et 14 août 2014, tous deux indexés le 6 novembre 2014 ; rapport médical du 2 janvier 2014 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ ; rapport de la Dresse D. \_\_\_\_\_ du 7 janvier 2014). Au surplus, il apparaît que la situation médicale de la recourante s'est péjorée depuis la réalisation de l'examen SMR par les Drs O. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ le 30 octobre 2014. L'attitude de la recourante face à son avenir est clairement pessimiste. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a décrit des

- 30 - ruminations mentales importantes portant sur sa santé, sur le futur de ses enfants, en sus d'idées passives de mort. Ces ruminations se sont accrues depuis la fugue de son fils au printemps 2016. Dans le même ordre d'idée, alors qu'en 2014, le Dr V. \_\_\_\_\_ ne notait pas de troubles du sommeil, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté l'existence d'un trouble du sommeil qui s'inscrivait dans des ruminations mentales très importantes d'origine dépressive pouvant expliquer l'état de fatigabilité accrue. Outre une insomnie, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté une diminution de l'appétit et de la capacité à éprouver du plaisir à l'occasion d'activités habituellement agréables et une nette diminution de l'élan vital. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a souligné que le processus d'aggravation de la maladie était un processus graduel et continu. L'expert a relevé que la description de l'évolution des symptômes psycho-pathologiques depuis l'adolescence de la recourante s'inscrivait dans un tableau connu en psychiatrie clinique, à savoir l'existence d'une névrose dépressive ou dépression psychotique. Ainsi, et contrairement ce qu'indique l'OAI dans sa décision du 17 novembre 2017, les constats de l'examineur du SMR en octobre 2014 ne sont pas superposables à ceux de l'expert psychiatre de la Clinique G. \_\_\_\_\_ et une aggravation de l'état de santé sur le plan psychiatrique a été démontrée à satisfaction par le Dr P. \_\_\_\_\_. L'intimé ne saurait ainsi se fonder sur cet examen réalisé par le SMR en 2014, soit il y a plus de trois ans, pour contester le droit de la recourante à l'obtention de prestations. d) L'OAI relève encore, dans sa décision du 7 novembre 2017, que les troubles psychiques dont souffre la recourante ne peuvent être considérés comme invalidants, car celle-ci ne prendrait plus de médicaments. D'un point de vue thérapeutique, la recourante est collaborante et suit régulièrement une psychothérapie auprès de la Dresse C. \_\_\_\_\_. Le traitement antidépresseur a dû être arrêté, momentanément, en raison d'une pancréatite pour laquelle l'assuré a dû être hospitalisée en urgence au mois de janvier 2017. L'arrêt de ce traitement antidépresseur est ainsi indépendant de la volonté de la

- 31 - recourante. L'argumentaire de l'intimé tombe ainsi à faux. Au demeurant, le Dr P. \_\_\_\_\_ a également relevé que l'on devait, à court et moyen terme, s'attendre à un état essentiellement inchangé, même sous condition d'un traitement optimal. e) Finalement, en

ce qui concerne le diagnostic de spondylarthrite ankylosante, celui-ci a été écarté de manière convaincante par le Dr T. \_\_\_\_\_. f) Au vu de ce qui précède, il ne justifiait pas de s'écarter des conclusions claires de l'expertise menée par la Clinique G. \_\_\_\_\_. Il convient ainsi de retenir que la recourante présente une incapacité de travail entière et durable dans toute activité en raison de ses troubles psychiatriques, à compter du mois d'avril 2016. g) S'agissant du statut d'active de la recourante, il convient de préciser ceci. Dans le questionnaire sur la détermination du statut du 6 novembre 2013, la recourante a indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait à 40%. Toutefois, dans le rapport initial du 12 décembre 2013, l'intéressée, réinterpelée sur cette question, a précisé qu'elle travaillerait à 40% fixe et à 10% de manière flexible, soulignant qu'elle aurait travaillé à 80% si elle avait été en bonne santé et que le 50% indiqué correspondait au pourcentage maximum qu'elle pouvait assumer du fait de ses limitations physiques. Il convient dès lors de retenir un statut d'active à 80%. La recourante présentant une incapacité totale de travailler dans toutes activités depuis le 1er avril 2016, elle a droit à une rente entière d'invalidité, dès le 1er avril 2017 (art. 28 al. 1 let. b LAI). 6. a) Partant, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision du 7 novembre 2017 réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1er avril 2017.

- 32 - b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à frais de justice (art. 69 al. 1bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'OAI, qui succombe. c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'500 fr. (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé qui succombe.

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