

VD_GERICHTE ZD18.013292 vom 25. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD18.013292

FR: VD_GERICHTE ZD18.013292 du 25 janvier 2019

IT: VD_GERICHTE ZD18.013292 del 25 gennaio 2019

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 ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le droit à une rente d'invalidité.

E. 3

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il remplit les trois conditions cumulatives suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

- 18 - réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, la rente est échelonnée selon le taux d'invalidité : l'assuré a le droit à un quart de rente si le taux d'invalidité est de 40 % au moins, à une demi-rente pour un taux de 50 % au moins, trois quarts de rente pour un taux de 60 % au moins et une rente entière pour un taux d'invalidité de 70 % au moins. Selon l'art. 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 in fine LAI). En vertu de l'art. 7 LPGA, 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. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire

- 19 - sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_410/2014 du 2 novembre 2015 consid. 3.3). C'est ainsi qu'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 de 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).

E. 4

a) Dans le cas présent, l'OAI avait refusé d'octroyer des prestations d'invalidité à la recourante par décision du 24 février 2015, décision annulée sur recours par la Cour de céans par arrêt du 15 juin 2016 compte tenu du changement de la jurisprudence relative à la fibromyalgie, aux troubles somatoformes douloureux et troubles comparables. Au cours des dernières années, la jurisprudence a en effet dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier – sur les plans médical et juridique – le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et

- 20 - 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux – respectivement d'une affection psychosomatique comparable – au sens de la classification sont réalisées (ATF 141 V 281 consid. 2.2). Pour pouvoir être retenu, le diagnostic de trouble somatoforme douloureux doit être posé selon les règles de l'art par un médecin spécialiste de la discipline concernée, compte tenu en particulier du critère de gravité inhérent à ce diagnostic et au regard des limitations fonctionnelles constatées (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1. à 2.1.2). Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail

réellement exigible doit être examinée au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social. Sur ce dernier point, le Tribunal fédéral souligne, d'une part, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté ; d'autre part, des ressources mobilisables par l'assuré peuvent être tirées du contexte de vie

- 21 - de ce dernier, ainsi le soutien dont il bénéficie dans son réseau social (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). La grille d'évaluation de la capacité résiduelle de travail comprend également un examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part. Il s'agit plus précisément de déterminer si l'atteinte à la santé se manifeste de la même manière dans l'activité professionnelle (pour les personnes sans activité lucrative, dans l'exercice des tâches habituelles) et dans les autres domaines de la vie. Il est notamment recommandé de faire une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant l'atteinte à la santé. Il s'agit également de vérifier si des traitements sont mis à profit ou, au contraire, sont négligés. Cela ne vaut toutefois qu'aussi longtemps que le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en matière d'assurance en cours. On ne peut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le fait de ne pas recourir à une thérapie recommandée et accessible ou de ne pas s'y conformer doit être attribué à une incapacité (inévitable) de l'assuré de comprendre sa maladie. De manière similaire, le comportement de l'assuré dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (par soi-même) doit être pris en considération. Dans ce contexte également, un comportement incohérent est un indice que la limitation invoquée serait due à d'autres raisons qu'à une atteinte à la santé assurée (cf. ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). Le Tribunal fédéral a récemment étendu l'application de cette procédure d'examen structurée d'administration des preuves à l'ensemble des maladies psychiatriques (ATF 143 V 418 et 143 V 409). b) Dans le cadre de l'expertise de médecine interne, rhumatologie et psychiatrie ordonnée par l'OAI, les médecins du J. _____ ont retenu comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail, la présence d'une personnalité dépendante (F60.7) depuis le début de l'âge adulte, décompensée depuis l'été 2013. Ils ont également constaté un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans

- 22 - syndrome somatique (F33.00), un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) depuis 2013, une fibromyalgie ainsi qu'une polyarthrose (principalement rachis lombaire et rhizarthrose gauche dès 2013, gonarthrose bilatérale débutante), mais ont estimé que ces diagnostics n'étaient pas incapacitants. Ils ont conclu à une pleine capacité de travail dans toute activité, depuis avril 2014, avec une diminution de rendement de 20 % sur le plan psychique. De son côté, W. _____ a également fait réaliser des expertises, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 15 juin 2016 relatif au paiement des

indemnités journalières maladie. Il ressort du rapport d'expertise du Dr Q._____ que la recourante présente une rhizarthrose (M18), une gonarthrose primaire bilatérale (M17), une spondylarthrose (M47) et des arthropathies psoriasiques des métacarpes (M07.14). Selon cet expert, la recourante conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, n'exigeant pas de gestes répétitifs des mains, ni de porter des charges de plus de 5 kg, d'utiliser des escaliers et des échelles, de travailler à genou ou accroupie, de travailler debout de manière prolongée (plus de deux heures à la suite), de travailler penchée en avant ou le tronc en extension, ni de faire des mouvements de rotation du tronc. Le Dr V._____ a quant à lui conclu à une dépression atypique (F32.8) et à un trouble somatisation (F45.0), qu'il n'a pas jugés incapacitants. Le SMR a relevé qu'au niveau psychique, les experts concluaient tous à une dépression légère ou atypique qui n'était pas invalidante, puisque la recourante bénéficiait de ressources suffisantes. Sur le plan rhumatologique, le SMR a considéré que les expertises des Drs D._____, Q._____ et G._____ étaient superposables et ne permettaient pas de retrouver de limitations fonctionnelles objectives ou d'explications médicales aux nombreuses plaintes et douleurs rapportées par une assurée décrite par l'ensemble des six experts comme très démonstrative. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a considéré que la recourante bénéficiait d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dès le 1er avril 2014.

- 23 - La recourante conteste ce point de vue en s'appuyant sur les rapports médicaux du Dr N._____, qui estime que les douleurs s'expliquent par un rhumatisme inflammatoire, une polyarthrose, un syndrome des apnées du sommeil et des troubles dépressifs. Il conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité. c) Au niveau somatique, il n'est pas contesté que la recourante présente une polyarthrose, plus particulièrement une rizarthrose, une gonarthrose bilatérale et une spondylarthrose lombaire (cf. rapport du Dr D._____ p. 6-7, rapport du J._____ p. 24, rapport d'expertise du Dr Q._____ p. 12 ss et également rapport du Dr N._____ du 22 mars 2018). Le Dr G._____ considère que ces atteintes n'entraînent pas de limitations fonctionnelles significatives, ni de diminution notable de la capacité de travail, soulignant que l'importance des plaintes de la recourante ne s'explique pas par l'atteinte organique objective. Il rejoint sur ce point l'avis du Dr D._____ (cf. rapport du J._____ p. 24), qui avait estimé, en 2014, que les troubles dégénératifs ostéo-articulaires étaient compatibles avec l'âge et que la recourante ne présentait pas de limitations fonctionnelles découlant d'une atteinte à la santé. Le Dr Q._____ considère en revanche que ces atteintes rhumatologiques ont un impact sur les limitations fonctionnelles de la recourante et recommande l'exercice d'une activité sans gestes répétitifs des mains, ni port de charges de plus de 5 kg, sans utilisation d'escaliers ou échelles, ne demandant pas de travailler à genou, accroupi, debout de manière prolongée (plus de deux heures de suite), penché en avant, avec le tronc en extension ou encore d'exercer des mouvements de rotation du tronc. Cependant, il reconnaît également que seules une partie des douleurs actuelles est possiblement en relation avec les atteintes rhumatologiques (cf. rapport p. 12). Comme le SMR le relève dans son avis du 20 décembre 2017, le Dr Q._____ pose les limitations fonctionnelles précitées alors qu'au cours de son examen, l'assurée ne s'est pas plainte de ses genoux, ni des pouces, qu'aucune tuméfaction n'était objectivée à cette articulation et que les douleurs du rachis exprimées étaient incompatibles avec les douleurs que causeraient les troubles dégénératifs

- 24 - du rachis existants (cf. rapport du Dr Q._____ p. 11-12). Il faut en conclure que le Dr Q._____ adopte une attitude particulièrement précautionneuse dans son évaluation

des capacités fonctionnelles de la recourante. Le Dr Q. _____ retient en outre, à l'instar du Dr N. _____, la présence d'arthropathies psoriasiques des métacarpes au motif que la recourante a présenté des synovites de plusieurs articulations métacarpo- phalangiennes. Ce diagnostic a en revanche été écarté par le Dr G. _____ (cf. rapport du J. _____ p. 24). Le Dr Q. _____ indique que la médication d'Otezla a pu traiter efficacement les synovites, mais est restée sans effet sur les douleurs. Au vu de la disparition des synovites et en l'absence de signes objectifs d'une activité de la maladie, il conclut que cette atteinte est sans effet sur la capacité de travail de la recourante. Il précise qu'il n'est pas possible de déterminer rétrospectivement si les synovites décrites sur le plan clinique auraient représenté une maladie incapacitante, et souligne que d'autres possibilités de traitement auraient pu être envisagées (cf. rapport d'expertise p. 13-14). De son côté, dans son rapport médical du 22 mars 2018, le Dr N. _____ soutient que la maladie inflammatoire est active et insuffisamment contrôlée, avec principalement une atteinte enthésitique, qui empêche les mouvements fins de la main. Compte tenu également de la présence de l'atteinte dégénérative, il conclut à une totale incapacité de travail, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. Il faut cependant constater que son appréciation est avant tout basée sur les douleurs de la recourante et sur une éventuelle apparition future de poussées du rhumatisme inflammatoire (cf. rapport p. 3-4), de sorte qu'elle n'apparaît pas convaincante. L'on ne saurait en outre attribuer la même valeur probante à son rapport médical qu'aux expertises réalisées dans la mesure où celui-ci ne contient pas d'anamnèse de la recourante, ni d'examen clinique détaillé. En résumé, il faut constater que même si l'on retient le diagnostic d'arthrite psoriasique, celui-ci reste sans influence sur la

- 25 - capacité de travail de la recourante. Celle-ci bénéficie, sur le plan somatique, d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, ou à tout le moins dans une activité adaptée si l'on suit l'avis prudent du Dr Q. _____. d) Au niveau psychiatrique, il faut constater que les experts psychiatres consultés s'accordent pour retenir un trouble dépressif récurrent (Drs S. _____ et R. _____), voire une dépression atypique (Dr V. _____). Ils estiment tous que cet état dépressif n'entraîne pas d'incapacité de travail – du moins à lui seul – puisqu'ils le classent parmi les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R. _____ estime que la recourante présente en outre un trouble de la personnalité dépendante, qui est décompensé depuis l'été 2013. A noter que le Dr V. _____ a également constaté des traits de dépendance chez l'assurée – qui tend à s'appuyer exagérément sur autrui – mais a estimé que ces traits n'étaient pas assez sévères pour justifier un diagnostic de trouble de ce chapitre, tout en reconnaissant qu'ils jouaient un rôle dans la présentation générale de l'intéressée et contribuaient vraisemblablement à alimenter le comportement d'invalidé (cf. rapport p. 15). Sur le plan psychosomatique, le Dr D. _____ a retenu une fibromyalgie, le Dr S. _____ un trouble somatoforme douloureux, les Drs G. _____ et R. _____ ont conclu à un syndrome douloureux somatoforme persistant ainsi qu'à une fibromyalgie et le Dr V. _____ à un trouble somatisation. Le Dr Q. _____ a abandonné le diagnostic de fibromyalgie compte tenu de la présence de l'arthrite psoriasique et s'est rallié au diagnostic de trouble somatisation posé par le Dr V. _____ (cf. rapport d'expertise du Dr Q. _____ p. 10-11). De son côté, le Dr N. _____ nie toute atteinte psychosomatique au motif qu'il existe des troubles objectifs expliquant les douleurs présentées par la recourante. A l'exception du Dr N. _____, qui s'est prononcé dans un rapport médical ne contenant ni anamnèse, ni examen clinique, les

- 26 - différents experts ont posé leur diagnostic dans les règles de l'art, sur la base d'une anamnèse complète, de l'ensemble des pièces du dossier, d'un examen clinique détaillé et en tenant compte des plaintes de la recourante. Dans leur appréciation, les Drs G. _____, R. _____ et V. _____ ont en outre tenu compte des nouveaux critères posés par la jurisprudence en matière d'affections psychiques, de trouble somatoforme douloureux et troubles assimilés (consid. 4a). A noter que si les experts ont relevé chez la recourante une exagération des symptômes, ils n'ont pas pour autant utilisé cet élément comme critère d'exclusion pour conclure à l'absence d'atteinte à la santé invalidante, mais ont, au contraire, examiné le caractère invalidant des atteintes psychosomatique et psychique en appliquant la grille d'évaluation définie par la jurisprudence. Leurs rapports d'expertise respectifs contiennent ainsi une analyse des ressources et limitations de la recourante ainsi qu'un examen de la cohérence. Dans la mesure où les experts admettent tous la présence d'une atteinte psychosomatique chez la recourante et qu'ils se sont prononcés sur sa capacité de travail au moyen de la procédure probatoire structurée, il importe peu, dans le cadre du présent litige, de déterminer si la recourante présente plutôt une fibromyalgie, un trouble somatoforme douloureux ou un trouble somatisation. De surcroît, contrairement à ce qu'affirme le Dr N. _____ dans son rapport du 22 mars 2018, la présence de troubles somatiques avérés n'exclut pas le diagnostic de trouble somatoforme ; en effet la CIM-10 retient que même s'il existe un trouble physique authentique, ce dernier ne permet de rendre compte ni de la nature ou de la gravité des symptômes, ni de la détresse ou des préoccupations du sujet. A l'issue de leur expertise, tant les Drs G. _____ et R. _____ que le Dr V. _____ arrivent à la conclusion que les troubles psychosomatiques présentés par la recourante ne l'empêchent pas d'exercer une activité à plein temps. Les Drs G. _____ et R. _____ précisent toutefois que les troubles psychiatriques persistants dont la recourante souffre entraînent une vulnérabilité au stress, un manque d'autonomie dans les activités quotidiennes et dans les déplacements, ainsi qu'une apparition périodique de phases de décompensation. Au vu

- 27 - de l'ensemble des atteintes présentées par la recourante, ils concluent finalement à l'existence d'une diminution de rendement au niveau psychique de 20 % dans toute activité depuis l'été 2013. De son côté, le Dr V. _____ reconnaît, dans son examen des ressources et limitations de la recourante (cf. rapport p. 17), que celle-ci présente des difficultés adaptatives liées essentiellement à sa scolarisation minimale et aux traits de personnalité histrioniques, mais relève que ces limitations ne l'ont pas empêchée de fonctionner correctement dans le monde du travail pendant des années. Il note également une tendance à s'appuyer exagérément sur autrui. Au vu de ce qui précède, il paraît adéquat de retenir, à l'instar de l'OAI et du SMR, que la recourante présente une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % en raison des traits de personnalité dépendante qu'elle présente, constatés par les deux experts. e) Au final, il se justifie de retenir que la recourante bénéficie, depuis avril 2014, d'une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20 % dans son activité habituelle, ou à tout le moins dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles posées par le Dr Q. _____. Etant rappelé que le droit à une rente d'invalidité nécessite au minimum une invalidité de 40 % (art. 28 al. 1 let. c LAI), c'est par conséquent à juste titre que l'OAI a refusé de mettre la recourante au bénéfice d'une telle prestation. Au vu des revenus dégagés par la recourante dans sa dernière activité et de ceux qu'elle est désormais en mesure d'avoir par sa capacité de travail entière dans une activité adaptée, même moyennant une diminution de rendement de 20 %, il ne fait aucun doute que son taux d'invalidité reste largement inférieur à la limite

des 40 %, ce qui exclut tout droit à une rente d'invalidité.

E. 5

a) Dans un autre grief, la recourante requiert de l'OAI le remboursement des honoraires du Dr N._____ pour la rédaction de son rapport du 22 mars 2018.

- 28 - b) Selon l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais de l'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures ; à défaut, l'assureur rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (TF 8C_354/2015 du 13 octobre 2015 consid. 6.1 ; 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 ; ATF 115 V 62). De même, selon la jurisprudence, les frais d'une expertise judiciaire seront mis à la charge de l'autorité administrative lorsque celle-ci a procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire sert à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative (ATF 139 V 225 ; 137 V 210). c) En l'occurrence, il faut constater que, conformément à l'arrêt de la Cour de céans du 15 juin 2016, l'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, qui a été réalisée par le J._____. Dans la mesure où l'on dispose également des deux rapports des expertises rhumatologique et psychiatrique ordonnées par W._____, il faut constater que l'état de fait médical a été établi de manière particulièrement détaillée et concluante. Le rapport médical rédigé le 22 mars 2018 par le Dr N._____ ne constitue qu'une nouvelle appréciation médicale et n'a pas contribué de manière décisive à la solution du litige. Il n'y a dès lors pas lieu de mettre les frais engendrés par la rédaction de ce rapport à la charge de l'OAI.

E. 6

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. 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

- 29 - prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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