

## **VD\_GERICHTE ZD22.017542 vom 2. November 2023**

VD Tribunal cantonal, 2023-11-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD22.017542](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD22.017542)

FR: VD\_GERICHTE ZD22.017542 du 2 novembre 2023

IT: VD\_GERICHTE ZD22.017542 del 2 novembre 2023

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne

- 13 - droit à une demi-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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de 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 à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4). Selon la jurisprudence, les « facteurs extra-médicaux » (exagération des plaintes, réticence à accepter un traitement, faible motivation à reprendre une activité lucrative), à l'instar des facteurs psychosociaux et socioculturels, ne relèvent pas de l'assurance-invalidité. Pour admettre une invalidité, il faut dans tous les cas un substrat médical constaté de manière concluante par un médecin (spécialisé) et dont il est

prouvé qu'il entrave considérablement la capacité de travail et de gain. Plus les facteurs psychosociaux et socio-culturels sont importants dans le cas d'espèce et contribuent à déterminer le tableau clinique, plus les troubles psychiques constatés par le médecin spécialiste doivent être marqués et avoir valeur de maladie. Cela signifie que le tableau clinique ne doit pas se limiter à des atteintes dues à des facteurs socio-culturels, mais qu'il doit comprendre des éléments psychiatriques distincts, par exemple une dépression durable au sens de la médecine spécialisée, clairement différenciable des états dépressifs ou un état psychique

- 14 - comparable. Ainsi la présence de troubles psychiques autonomes – en ce sens qu'ils doivent être distingués de la situation de stress socio-culturel – et ayant des répercussions sur la capacité de travail et de gain est indispensable pour que l'on puisse parler d'invalidité (ATF 127 V 294 consid. 5a ; TF 9C\_558/2020 du 7 septembre 2021 consid. 4.2 ; TF 9C\_848/2017 du 29 mai 2018 consid. 4.2 ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 4).

### **E. 5**

a) Pour fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier le point de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). b) Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation rigoureuse et complète, sans être lié par des règles formelles. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de

- 15 - preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

### **E. 6**

a) En l'espèce, suivant le point de vue du SMR (avis « audition » du 22 mars 2022), l'OAI a considéré que la recourante ne présentait pas d'atteinte à la santé durablement incapacitante et que sa capacité de travail était donc totale dans toute activité et, partant, a nié tout droit à une rente d'invalidité en sa faveur. Cette décision se fonde en particulier sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 2 août 2021 du M.\_\_\_\_\_. De son côté, la recourante doute de la valeur probante de l'expertise

pluridisciplinaire du M. \_\_\_\_\_ en lui opposant les rapports de ses médecins (Dr Z. \_\_\_\_\_, Drs A. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, Dre A. \_\_\_\_\_) valant, à ses yeux, contre-expertise. Dans ces conditions, elle est d'avis que sa cause devrait être davantage instruite. b) D'emblée, il faut relever que le rapport de suivi des Drs A. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, du 3 mai 2023, est postérieur à la date de la décision entreprise, étant entendu que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision en cause a été rendue (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références). En outre, ce rapport porte uniquement sur les six mois précédents avec deux interruptions de suivi (voyage en [...] en été et séjour programmé à [...] en novembre 2022). De ce fait, il ne saurait apporter des renseignements sur l'état de santé de l'assurée entre l'ouverture potentielle de son droit à une rente et le jour de la décision litigieuse, étant rappelé que ledit suivi a débuté en juin 2022, plusieurs mois après le projet de décision du 27 août 2021. Tout au plus, peut-il attester d'un nouveau suivi à l'appui d'une aggravation ou d'une modification de l'état de santé qui pourraient être assimilés à une nouvelle demande ou à une demande de révision du droit à la rente selon l'issue de la présente contestation.

- 16 - c) En l'occurrence, au plan formel, contrairement à ce que soutient la recourante, il y a lieu de retenir que le Dr D. \_\_\_\_\_ a pris le soin d'examiner l'ensemble des avis médicaux du registre psychiatrique, a dressé une anamnèse et requis des renseignements médicaux auprès de tiers, avant de déterminer les diagnostics pertinents in casu. Il a tout particulièrement veillé à l'analyse du comportement de la recourante durant l'examen, mettant en évidence des discordances (expertise, volet psychiatrique, p. 11). Eu égard à la grille des indicateurs préconisée par le Tribunal fédéral (cf. consid. 4c supra), le tableau clinique et la question de la cohérence ont été commentés par le Dr D. \_\_\_\_\_. Au terme de son analyse, ce dernier a retenu l'absence d'une maladie psychiatrique ou d'un trouble de la personnalité en notant que la symptomatologie présentée par la recourante manquait de cohérence et de plausibilité, alors que l'intéressée demeurait dotée de ressources personnelles (expertise, volet psychiatrique, p. 12). En effet, elle faisait montre de capacités significatives au quotidien en dépit de son discours, persuadée qu'elle n'était plus en mesure de se mobiliser pour effectuer l'ensemble des tâches décrites avec une aussi lourde maladie. Les tests de validation n'ont pas été réussis compte tenu des nombreuses divergences chez une assurée très démonstrative, décrivant une quantité de symptômes cliniques. En outre, il importe de préciser que la personnalité enfantine de l'assurée est un critère étranger à l'assurance-invalidité et ne saurait justifier de retenir des limitations corrélatives, comme l'ont du reste, à juste titre, admis les experts (expertise, évaluation consensuelle, p. 4) ; en effet, l'intéressée a pu travailler auprès du même employeur durant au moins sept ans jusqu'à l'atteinte à sa santé. d) Sur le fond, les experts du M. \_\_\_\_\_ ont retenu les diagnostics, ayant ou non une incidence sur la capacité de travail, de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0 ; diagnostic différentiel : simulation des symptômes ou

- 17 - d'incapacité, soit physique, soit psychologique), d'autres troubles spécifiques de la personnalité, notamment une personnalité enfantine (F60.8), de cervicalgie sans irradiation sur protrusion discale C5-C6 gauche (M54.2), de lombalgie sans irradiation inconstante et variable avec examen neurologique normal (M54.5) et de fibromyalgie. aa) Concernant les diagnostics et leurs répercussions, s'agissant spécifiquement du diagnostic incapacitant de trouble dépressif récurrent depuis 2018 retenu par la Dre Z. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 16

septembre 2019 et 16 septembre 2020), le Dr D. \_\_\_\_\_ a exposé les raisons le conduisant à l'écartier dans le cas particulier : il a décrit une tristesse fluctuante, une humeur « très légèrement dépressive, pas de signe d'un ralentissement psychomoteur ». Il a signalé la « présence d'idées noires sans scénario suicidaire ». Dans le registre de l'anxiété, l'expert psychiatre a rapporté une tension nerveuse au début de l'entretien puis des fluctuations, mais pas de crise d'angoisse. Il juge que des symptômes ne correspondent pas aux critères de la CIM-10 mais que des éléments culturels peuvent expliquer la tonalité des troubles cliniques (expertise, volet psychiatrique, pp. 9 et 11). Il convient d'ajouter que cette analyse coïncide avec celle de l'expert neuropsychologue, le Dr V. \_\_\_\_\_ assisté de la neuropsychologue [...], qui a estimé que le seul diagnostic à retenir au regard de la CIM-10 était celui de majoration de symptômes pour raisons psychologiques (F68.0), en raison d'une validité largement insuffisante lors des épreuves psychométriques et d'un profil remplissant les critères multidimensionnels de malingering selon Sherman et al. (2020). bb) Cela étant, il faut encore examiner si les pièces médicales figurant au dossier permettent ou non de mettre en doute les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du M. \_\_\_\_\_. Dans le formulaire rendu à l'OAI le 16 septembre 2019, la Dre Z. \_\_\_\_\_ retient un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, de sorte que cette médecin diagnostiquait encore un trouble passager

- 18 - (épisode, sans récurrence). On ajoutera que le rapport de la psychiatre précitée tout en formulant des considérations d'ordre général, relate essentiellement les plaintes alléguées par la recourante. Ce document est donc insuffisant pour mettre en doute l'appréciation de l'expert psychiatre, laquelle repose sur ses propres constatations cliniques au jour de l'expertise. Dans son rapport détaillé du 16 septembre 2020, la psychiatre traitante estime qu'une réadaptation est possible, elle ne définit aucune limitation au plan psychiatrique mais évoque uniquement un réentraînement. Elle base essentiellement son avis sur les plaintes de sa patiente et son ressenti. Aux termes de son courrier médical du 24 septembre 2021, en tant qu'elle conteste la valeur probante de l'expertise en affirmant que l'expert D. \_\_\_\_\_ valide l'hypothèse de simulation sans fournir d'arguments, la Dre Z. \_\_\_\_\_ perd de vue que l'expert neuropsychologue l'a également relevé dans le cadre de son propre examen et que ce comportement a été validé lors du consilium (expertise, évaluation consensuelle, pp. 4 – 5). Cela étant, la psychiatre traitante reconnaît elle-même que l'état de sa patiente n'apparaît pas « encore chronicisé » (courrier du 24 septembre 2021, p. 5). L'avis du médecin traitant généraliste est à cet égard plus mesuré. Le Dr X. \_\_\_\_\_, répondant aux questions de l'OAI le 5 mai 2019, a parlé uniquement de « syndrome anxio-dépressif » et l'a mis en relation avec l'hystérectomie récente (réactionnelle). Il a répondu positivement à une évolution favorable, moyennant un suivi psychothérapeutique. Il a diagnostiqué un « état anxio-dépressif » « avec symptômes de la lignée dépressive, baisse de la thymie, asthénie », sans expliciter son avis, dans le rapport destiné à l'assureur-maladie le 2 mars 2019. Puis il a répondu le 24 août 2020 que sa patiente souffrait d'un « état dépressif non évolutif », mais a exposé que sur le plan somatique, elle était en bonne santé et avait une capacité de travail entière.

- 19 - Le même constat d'état anxiodépressif temporaire est formulé par la Dre S. \_\_\_\_\_, médecin-chef au [...], laquelle écrit dans un rapport du 27 mars 2019, que l'assurée souffre d'un « syndrome anxiodépressif réactionnel à une hystérectomie en avril 2018 » et quelques semaines plus tard, le 20 juin 2019, ne retient plus de diagnostic de la ligne dépressive, cela semble-t-il en lien avec le suivi psychiatrique débuté le 8 février 2019

auprès de la Dre Z.\_\_\_\_\_. Le test de dépistage réalisé au centre le 21 mars 2019, indiquait un positif modéré (8,5) pour l'échelle de la dépression et un négatif pour l'anxiété (6,5). De son côté, la Dre T.\_\_\_\_\_ a jugé que la dépression semblait « globalement stagnante », ce qui, afin de préciser les atteintes, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail et d'évaluer l'adéquation de la prise en charge et les mesures thérapeutiques exigibles, justifiait notamment la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (avis médical SMR du 8 octobre 2020). Le compte-rendu du 10 juin 2021 de la [...] va aussi dans le sens d'une « symptomatologie dépressive », et ne pose pas de diagnostic de la CIM-10, a fortiori il n'y a pas de discussion différentielle des diagnostics. En janvier-février 2022 la neurologue traitante (la Dre A.\_\_\_\_\_) rapporte des troubles attentionnels et exécutifs avec répercussions sur la mémoire antérograde et à court terme, de probable origine thymique (bilan neuropsychologique du 12 juin 2019) avec composante de surcharge fonctionnelle, difficultés neurocognitives qu'elle relie en premier lieu à la comorbidité psychiatrique. Si, à la lecture du rapport du 16 septembre 2020 de la psychiatre traitante, l'on peut envisager des fluctuations de l'état de santé psychique, notamment en fonction des annonces désagréables de la vie (atteintes à la santé licenciement) on ne peut que relever la discrédence des pièces médicales au dossier s'agissant de l'évaluation de l'incidence des maux retenus sur la capacité de travail.

- 20 - Les évaluations psychiatrique et neuropsychologique mettent toutes deux en évidence des incohérences avec majoration, voire simulation lors des tests pratiqués au M.\_\_\_\_\_, lesquels n'ont pas pu être validés. Le corollaire en est que les experts ne sont en définitive pas en mesure, faute de résultats concluants aux examens, de valider l'incapacité de travail totale annoncée par la Dre Z.\_\_\_\_\_. Ils retiennent uniquement une personnalité enfantine, sans incidence sur la capacité de travail. Sur le plan somatique (rhumatologique), l'expertise retient des cervicalgies peu spécifiques, sans éléments de gravité, sur fond de fibromyalgie, justifiant des limitations fonctionnelles (pour rappel : « pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kg, pas de porte-à-faux du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à 10 kg »), alors que de l'avis du médecin SMR, une incapacité de travail totale dans toute activité pour les atteintes psychiques était justifiée au moins jusqu'en 2019 (avis médical du 27 août 2020). Si l'on ne peut exclure, avec les experts, que l'assurée annoncerait présenter des symptômes massifs par rapport à ses troubles, il reste pas moins que l'exclusion totale d'un trouble de la lignée dépressive par les experts ne manque pas de surprendre, alors qu'il a constamment été rapporté par l'ensemble du corps médical. Si un tel diagnostic ne pouvait pas être retenu, faute possiblement d'être d'une intensité ou durée suffisante, une explication plus étayée de la part des experts s'avérerait nécessaire. Or, les experts se sont simplement distanciés de ce diagnostic au motif que les critères CIM-

## **E. 10**

ne seraient pas satisfaits mais que des éléments culturels pourraient expliquer la tonalité des troubles cliniques. Par ailleurs, si la psychiatre traitante, la Dre Z.\_\_\_\_\_, a admis que le diagnostic de stress post-traumatique ne pouvait pas être

- 21 - retenu cliniquement, on doit concéder que les experts ne le discutent pas en sorte que ce point s'avère insuffisamment instruit également. Par surabondance, il convient de rappeler que dans l'arrêt paru aux ATF 139 V 346, la Haute Cour a considéré que les principes concernant le caractère surmontable de la douleur au sens de la jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux, exposée à l'ATF 130 V 352, ne sont pas

applicables par analogie pour trancher la question des effets invalidants d'une fatigue liée à un cancer, dans la mesure où celle-ci est sous-jacente, au moins, indirectement, à une cause organique. Ainsi, elle a admis qu'une valeur incapacitante peut, à certaines conditions, être reconnue à une fatigue liée à un cancer (cf. ATF 139 V 346 consid. 3). L'état actuel de la science médicale s'accordant sur le fait que les causes sont complexes, que les facteurs somatiques, émotifs, cognitifs et psychosociaux interagissent et qu'en raison de telles maladies, les effets internes et psychiatriques se font sentir dans 30 à 40 % des cas longtemps après la thérapie. Or, la recourante a été traitée pour les suites de son cancer du sein gauche en 2013 et 2014. Après la découverte d'une hypothyroïde traitée et un léiomyome au niveau utérin, elle a subi une hystérectomie subtotale avec salpingectomie en 2018 dont il est impossible, en l'état du dossier, d'exclure que cette dernière intervention chirurgicale, comme le postulent les médecins consultés, ait pu réactiver un état de fatigue et d'épuisement en lien avec la santé sous-jacente affaiblie depuis plusieurs années chez la recourante, situation qui perdure malgré une prise charge qui paraît adéquate auprès de la Dre Z.\_\_\_\_\_ et plusieurs séjours à la [...]. e) In casu, en se ralliant aux conclusions d'une expertise attestant une capacité de travail entière, cela à plusieurs mois de sa décision d'avril 2022, l'OAI n'a pas instruit le cas à satisfaction. En effet, la discrédence entre les diagnostics des médecins traitants et des experts au plan (neuro-)psychiatrique est telle qu'elle ne permet pas, faute d'explications circonstanciées, de se faire un avis, le médecin SMR, la Dre T.\_\_\_\_\_, ayant au demeurant radicalement changé sa position après l'expertise (réfutant toute atteinte à la santé incapacitante), dans l'avis du

- 22 - 26 août 2021, alors qu'en date du 17 août 2020, elle retenait une incapacité de travail totale dans toute activité en 2019. f) Au vu de ce qui précède, il s'avère que la cause n'a pas été suffisamment instruite sur les plans (neuro)psychologique et psychiatrique. Il appartiendra dès lors à l'OAI de compléter l'instruction sur ces points, en requérant les informations nécessaires, et en mettant en œuvre, si nécessaire, une seconde expertise. 7. a) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; art. 57 al. 1 let. f LAI ; art. 69 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.201] ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de BETTINA KAHIL- WOLFF in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié 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 (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

- 23 - b) En l'espèce, il appert que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière satisfaisante et qu'il convient plus particulièrement de compléter l'instruction afin de déterminer les diagnostics dans les volets neuropsychologique et psychiatrique, au vu des résultats non-cohérents obtenus. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'OAI – à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimé de procéder à un complément d'instruction. Dans ce contexte, l'intimé pourra aussi mettre en œuvre toute autre mesure d'instruction qui apparaîtra nécessaire sur le vu des premiers éléments recueillis. Cela fait, il reviendra à l'intimé de rendre une nouvelle décision statuant sur la demande de rente de l'assurance-invalidité. 8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'OAI afin qu'il en complète l'instruction dans le sens des considérants puis rende une 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 600 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe. c) La recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter l'indemnité de dépens à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de l'office intimé.

- 24 -

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