

VD_FINDINFO AI 281/10 - 342/2011 vom 14. Juli 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_281_10_-_342_2011

FR: VD_FINDINFO AI 281/10 - 342/2011 du 14 juillet 2011

IT: VD_FINDINFO AI 281/10 - 342/2011 del 14 luglio 2011

Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, ÉVALUATION DE L'INVALIDITÉ, FORCE PROBANTE, RAPPORT MÉDICAL, REVENU D'INVALIDE | 28 al. 2 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

Erwägungen

E. 1

let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) Il s'ensuit que la Cour de céans est compétente pour statuer sur le recours interjeté en temps utile (art. 60 LPGA) par V._____ contre la décision rendue le 13 juillet 2010 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le point de savoir si la recourante a droit à une rente AI.

E. 3

a) Aux termes de 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 LAI). Toute "invalidité" n'ouvre pas nécessairement le droit à une rente; selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins. Le droit à la rente prend naissance, au plus tôt, lorsque la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, lorsque l'assuré a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). Il sied de préciser que l'incapacité de gain se distingue de l'incapacité professionnelle, c'est-à-dire l'incapacité de travailler dans sa profession habituelle. Une personne présente une incapacité de travail si, en raison d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique, elle ne peut accomplir une partie ou la totalité du travail qui peut

raisonnablement être exigée d'elle dans sa profession ou son domaine d'activité. 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 (cf. art. 6 LPGA). Est par contre 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). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2; 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1; I 312/06 du 29 juin 2007, consid. 2.3; I 778/05 du 11 janvier 2007, consid. 6.1). c) Le juge des assurances sociales 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 trancher l'affaire 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. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 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 et les références; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Ce dernier constat a récemment été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane de médecins traitants. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I_81/2007 du 8 janvier 2008, consid. 5.2). Cependant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc). De jurisprudence constante, il est admis que le fait pour des organismes d'assurances

sociales de mandater des médecins en qualité d'expert ne saurait, à lui seul, prêter le flanc à la critique (TFA I 371/2005 du 1^{er} septembre 2006, consid. 5.3.2; I 415/2005 du 29 septembre 2005, consid. 2; I 40/2002 du 22 janvier 2003, consid. 3.2 et I 218/2008 du 14 juin 2000, consid. 4b). L'expert désigné par l'OAI bénéficie d'une présomption d'impartialité. Il appartient donc à l'expertisé d'établir la preuve du contraire (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007, consid. 2.4). L'appréciation des circonstances ne saurait reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance envers l'expert devant au contraire être démontrée par des éléments objectifs (TF 9C_67/2007 du 28 août 2007 consid. 2.4). Le Tribunal fédéral a encore indiqué à ce propos que la présomption d'impartialité de l'expert ne pouvait être renversée au seul motif de l'existence d'un rapport de travail (subordination) liant l'expert à l'organisme d'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4 et les références). Les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas; elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (TF 9C_462/2009 du 2 décembre 2009, consid. 2.4; 9C_34/2008 du 7 octobre 2008, consid. 3; TFA I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2; I 573/04 du 10 novembre 2004, consid. 4).

E. 4

En premier lieu, il convient d'apprécier la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles établies. a) L'examen clinique orthopédique réalisé le 6 avril 2009 par le Dr B. _____ a mis en évidence des atteintes à la santé sous forme de gonarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale du genou droit en novembre 2005, de coxarthrose primaire bilatérale, status après arthroplastie totale de la hanche gauche en décembre 2007, de lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, probable déchirure du sus-épineux, et de lombalgies. L'examineur retient qu'une incapacité de 100% doit être admise dans l'activité habituelle de l'assurée (serveuse) – dite activité ne respectant pas les limitations fonctionnelles établies – et qu'une capacité de travail est exigible à 75% dans un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles. Au terme du second examen clinique orthopédique réalisé le 10 juin 2010, le Dr B. _____ diagnostique les mêmes atteintes, auxquelles s'ajoute un status après arthroplastie du genou droit. Il confirme que les divers problèmes orthopédiques de l'assurée entraînent une totale incapacité à reprendre une activité en position debout, comme celle de serveuse, et qu'un travail parfaitement adapté aux limitations fonctionnelles peut être exercé à 75%, la diminution de la capacité de l'ordre de 25% étant probablement due aux douleurs et à la nécessité de faire des pauses. Le Dr B. _____ a rédigé ses rapports après avoir étudié les éléments médicaux versés au dossier et procédé à deux examens cliniques successifs. Chacun de ses rapports contient une anamnèse personnelle, professionnelle et systémique, la description des plaintes et données subjectives de l'assurée, la description de l'observation clinique avec status ostéoarticulaire, les résultats des examens radiologiques, les diagnostics selon la CIM-10, une appréciation du cas et les influences sur la capacité de travail. Sur la base de ces rapports, le SMR a estimé, par avis des 22 avril 2009 et 1^{er} juillet 2010, que les atteintes à la santé de la recourante justifiaient une incapacité de travail totale dans l'activité de serveuse, activité exigeant des stations debout prolongées et des efforts de déambulation. A contrario, dans une activité adaptée, il a admis une baisse de rendement de 25% en raison des problèmes orthopédiques, des douleurs et de la nécessité de faire des pauses, concluant ainsi à une exigibilité de 75%, valable trois mois après chaque arthroplastie totale de l'assurée, soit dès le 1^{er} mars 2008

puis dès le 8 mars 2010. b) Les conclusions du Dr B. _____ ne sont mises en doute par aucun avis médical contraire probant versé au dossier. En particulier, la Cour ne saurait écarter l'avis de l'examineur au profit de celui des Drs Z. _____ et C. _____. En effet, ces médecins n'ont fourni aucun élément tendant à démontrer en quoi les résultats des examens cliniques orthopédiques seraient erronés. A cet égard, on constate que l'examineur pose des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail que les médecins traitants ont également retenus. En effet, le Dr Z. _____, dans le rapport du 29 avril 2008 adressé à l'OAI, diagnostique une dysplasie fémoro-patellaire avec instabilité rotulienne, une gonarthrose bilatérale, une coxarthrose bilatérale, et des statuts trois ans après prothèse totale du genou droit, respectivement six mois après prothèse totale de la hanche gauche. Sans se déterminer sur les limitations fonctionnelles, ce médecin retient une incapacité de travail totale dès le 26 novembre 2007, indiquant qu'après rééducation, avec musculation intensive, un travail partiellement debout et partiellement assis, au taux de 50%, pourra être envisagé dans l'avenir. Le 12 janvier 2009, après entretien avec le Dr W. _____, lequel retient une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de l'assurée et une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles posées, le Dr Z. _____ reconnaît que, dans le cas où l'activité serait adaptée, sa patiente a effectivement une pleine capacité de travail malgré les diverses douleurs dont elle se plaint. Dans un courrier du 17 février 2009, il relate les plaintes de la recourante, à savoir une aggravation des douleurs polyarticulaires, particulièrement au niveau de la hanche gauche et du genou, ainsi qu'au niveau des épaules, et conclut que la capacité de travail à 100%, même dans une activité adaptée, semble être remise en cause. Cependant, sa conclusion ne découle que de données subjectives; il ne fait état d'aucun élément objectif susceptible de justifier un retour à une incapacité de travail de totale de l'assurée. L'avis du Dr C. _____ ne saurait pas plus mettre en doute l'avis du Dr B. _____. En effet, dans le rapport du 29 octobre 2009, le Dr C. _____ pose les diagnostics de gonarthrose gauche, de status après prothèse totale du genou droit et prothèse totale de la hanche gauche. Il estime que l'activité de sommelière n'est plus exigible mais une réévaluation de la situation devra avoir lieu après la pose de la seconde prothèse totale du genou. Le 14 mai 2010, soit cinq mois après dite opération, le Dr C. _____ retient une évolution lente mais objectivement favorable, bien que la recourante se plaigne de douleurs diffuses et persistantes. Il conclut que cette dernière n'est plus en mesure de travailler comme sommelière. Selon lui, il n'y a pas d'activité adaptée au handicap raisonnablement envisageable, la patiente présentant un syndrome douloureux diffus au niveau des deux genoux et des douleurs mécaniques au niveau de la hanche gauche, et aucune possibilité de réinsertion dans une activité professionnelle régulière quelle qu'elle soit. Concernant les limitations fonctionnelles, ce médecin s'est contenté de cocher les cases figurant dans le rapport du 14 mai 2010 que lui a adressé l'OAI, sans y apporter d'autres explications. On constate, à cet égard, que les limitations retenues correspondent à celles énumérées au terme du rapport d'examen clinique orthopédique du 25 juin 2010, exception faite d'une différence de 5 kg dans la limite des poids à soulever ainsi que de l'alternance des positions. La Cour retient par ailleurs que le Dr C. _____ avait indiqué qu'il convenait de réévaluer la situation de la recourante après la pose de la seconde prothèse au genou, ce que l'intimé a réalisé en confiant un nouvel examen orthopédique au Dr B. _____. Les médecins consultés admettent unanimement que les différents problèmes orthopédiques dont souffre l'assurée engendrent une incapacité de travail totale dans la profession de sommelière, plus particulièrement dans toute activité exercée principalement en position debout. Concernant

la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, le Dr Z. _____ doute qu'elle soit de 100% (cf. courrier du 17 février 2009), ce que le Dr B. _____ admet puisqu'il retient une diminution de la capacité de l'ordre de 25% en raison des multiples problèmes orthopédiques, des douleurs et de la nécessité de faire des pauses. Quant au Dr C. _____, il estime qu'il n'y a pas d'activité adaptée au handicap raisonnablement envisageable, en raison des douleurs présentées par la recourante, sans se déterminer précisément sur les limitations fonctionnelles. De surcroît, on constate que l'incapacité de travail retenue par les médecins traitants est principalement motivée par les plaintes douloureuses de la patiente. Il sied de préciser à cet égard que les données subjectives de la recourante ont été prises en compte lors des deux examens cliniques orthopédiques et que la diminution de la capacité de l'ordre de 25% est principalement justifiée par les douleurs ressenties par cette dernière. Au demeurant, on rappellera que le Dr C. _____, dans son courrier du 14 mai 2010 adressé au Dr D. _____, a mentionné l'existence d'un décalage entre le résultat objectif de l'opération et le ressenti de la patiente. Il sied également de relever, comme l'a fait à juste titre l'intimé, que l'enquête ménagère réalisée en juin 2009 n'a pas retenu d'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères. Cette appréciation n'a fait l'objet d'aucun grief de la part de la recourante. Au vu de ce qui précède, l'appréciation du Dr B. _____ est concluante. Ses rapports d'examen, convaincants et étayés, remplissent les exigences pour se voir reconnaître pleine valeur probante, et aucune opinion contraire ne vient sérieusement les remettre en cause. c) Enfin la recourante allègue être sous anti-dépresseurs. Il n'y a toutefois aucun rapport médical au dossier attestant de troubles psychiques ayant des conséquences sur la capacité de travail de celle-ci. C'est dès lors à juste titre que l'intimé s'est fondé sur ces examens, corollairement sur les avis du SMR des 22 avril 2009 et 1^{er} juillet 2010, et a arrêté que, dans les trois mois suivant chaque arthroplastie totale, l'assurée présentait une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée et une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de serveuse.

E. 5

Cela étant, il convient de déterminer la perte de gain que subirait la recourante dans l'exercice d'une activité médicalement exigible. a) L'invalidité, au sens du droit fédéral, est évaluée, chez les assurés actifs, en comparant le revenu que l'intéressé pourrait obtenir en exerçant une activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui sur un marché du travail équilibré (revenu d'invalidité) avec le revenu qu'il aurait eu s'il n'était pas devenu invalide (revenu sans invalidité), ce qui correspond à la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA). La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalidité a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 134 V 64 consid. 4.2.1; 110 V 273 consid. 4b). La comparaison des revenus (revenu avec invalidité et revenu sans invalidité) s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent (ATF 114 V 310) permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; 104 V 135 consid. 2a et 2b). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante,

réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé en tenant compte de l'évolution des salaires (Meyer-Blaser, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 1997, p. 105 s.). Pour déterminer le revenu que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalide), il doit être tenu compte avant tout de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Selon la jurisprudence constante, lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité, ou alors aucune activité adaptée normalement exigible, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des statistiques telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ci-après: ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; 126 V 75 consid. 3b/bb; 124 V 321 consid. 3b/aa; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009, consid. 5.2; TFA I 864/2005 du 26 octobre 2006, consid. 2.5; I 298/2004 du 21 juillet 2005, consid. 6; RCC 1991 p. 332 consid. 3c). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). c) Lorsqu'il est fait application des valeurs statistiques précitées, certains empêchements propres à la personne de l'invalide (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) requièrent qu'intervienne une réduction (pondération sur les salaires ESS) (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa et bb; cf. pour exemple TF 9C_91/2010 du 2 juillet 2010, consid. 4.1). Il n'y a toutefois pas lieu d'opérer des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération, mais il convient plutôt de procéder à une évaluation globale des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 134 V 322 consid. 5.2). Un tel mode de procéder a pour finalité de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalide qui correspond au plus près à la mise en valeur exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de la personne assurée (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa). Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte de l'ensemble des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/cc; VSI 2/2002 p. 64 consid. 4b). La déduction résulte d'une évaluation et doit par conséquent être brièvement motivée par l'OAI. Le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 6.2; 134 V 322 consid. 5.2 et 6.2; 126 V 75 consid. 5b/dd).

E. 6

En l'espèce, la recourante ne conteste pas les revenus tels que fixés par l'intimé. Cependant, la Cour constate que l'abattement sur le salaire statistique retenu par l'OAI n'est pas adéquat, au vu de la situation de la recourante. L'assurée, âgée de 56 ans au moment de la demande du droit à la rente, était certes en dessous du seuil à partir duquel le Tribunal fédéral parle d'un âge avancé, où l'exercice d'une nouvelle activité adaptée ne peut plus raisonnablement être exigée compte tenu des années de travail restant avant la retraite (TF 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2; 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4; 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.1). Toutefois, le critère de l'âge conserve son importance, ce que semble avoir ignoré l'intimé. De plus, la recourante présente une problématique physique engendrant de nombreuses limitations fonctionnelles, lesquelles sont au demeurant contraignantes et laissent subsister un taux d'occupation de 75%. Partant, l'ensemble des facteurs de réduction, pris dans le cadre même de l'évaluation de l'exigibilité d'une reprise

d'activité professionnelle, justifie un abattement supérieur au 5% retenu par l'intimé. Toutefois, même si l'on admettait le taux d'abattement maximum de 25%, le droit à la rente ne serait pas ouvert. En effet, le revenu d'invalidité s'élèverait à 29'328 fr. 50 (39'104 fr. 65 – 25%) et, après comparaison avec le revenu sans invalidité (34'632 fr.), il résulterait une perte de gain de 5'303 fr. 50, correspondant à un degré d'invalidité de 15.31 % (5'303 fr. 50 / 34'632 fr. x 100). Le taux d'invalidité se situant en deçà du degré minimum de 40%, il n'ouvrirait pas le droit à quart de rente d'invalidité. De surcroît, le seuil minimum de 20% environ de la diminution de la capacité de gain fixé par la jurisprudence (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b) pour ouvrir le droit à une mesure d'ordre professionnel ne serait également pas atteint. Au vu de ce qui précède, la recourante ne peut prétendre à des prestations AI, de sorte que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir nié le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 7

a) Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. 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 de justice; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens dès lors que la recourante, qui a au demeurant procédé sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'obtient pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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