

# **VD\_GERICHTE ZD09.013269 vom 1. Juli 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-07-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.013269](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.013269)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.013269 du 1 juillet 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD09.013269 del 1 luglio 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'AI (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité, RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile, le 3 avril 2009. Pour le surplus répondant aux conditions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, s'applique aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

### **E. 2**

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 et

- 10 -

### **E. 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 s'il est invalide à 40 % au moins; un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente et un taux d'invalidité de 50 % à une demi-rente (art. 28 LAI). 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 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 proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1; RCC 1980 p. 263; Pratique VSI 2002 p.64; TF I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.1; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 et les références citées). c) 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

- 11 - disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. 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 125 V 351 consid. 3a; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En cas de divergence d'opinion entre experts, spécialistes et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a et les arrêts précités) qui permettent de leur reconnaître une pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références citées), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (TF 9C\_204/2007 du 16 avril 2008 consid. 2.3).

- 12 - En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Ce principe est aussi valable s'agissant de l'appréciation émise par un psychiatre traitant (TF I 50/06 du 17 janvier 2007 consid. 9.4). 3. a) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, qui lui ont été niées par l'intimé dans la décision attaquée. La question de savoir si la recourante présente une atteinte à la santé invalidante au sens de l'AI est contestée. Cette dernière nie la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels s'appuie l'OAI et se prévaut d'une incapacité de travail totale, principalement selon l'avis de ses médecins traitants. Il sied d'examiner dans le détail les motifs formés par la recourante à l'encontre des différents rapports de la CRR. b) Concernant l'expertise médicale du 18 juin 2007 du Dr

K. \_\_\_\_\_, ainsi que l'ont relevé les Drs X. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ (rapport SMR du 01.10.2008), on ne voit pas de réelle différence entre une chute sur les fesses et une chute sur le bas du dos en arrière d'une hauteur de 60 cm. La recourante ne se fonde sur aucune pièce médicale pour contredire les remarques du Dr K. \_\_\_\_\_ relatives au sommeil de l'assurée et on ne voit pas en quoi cet élément altérerait les conclusions de ce médecin. Lorsque l'expert indique que "l'assurée a été adressée au Dr D. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste [à Lausanne], qui a réfuté l'indication opératoire", on ne voit pas en quoi cela exclurait que le refus d'opérer résultait de "deux contre-indications médicales", comme semble s'en prévaloir la recourante. Quoi qu'il en soit, les raisons exactes pour lesquelles ce chirurgien a préféré ne pas entreprendre d'opération ne permettent nullement de douter de l'avis du médecin de la CRR. Les critiques relatives à la collaboration de l'assurée lors de l'examen médical et à la position de celle-ci dans la salle d'attente puis lors de l'entretien ne résultent d'aucune pièce médicale, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des remarques du Dr K. \_\_\_\_\_, et on ne voit pas en quoi elles suffiraient,

- 13 - si elles devaient être admises, à remettre en cause les conclusions de cet expert, lequel n'a au demeurant pas formulé de remarques tendancieuses ni manqué d'impartialité. Le Dr K. \_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée se plaignait de douleurs à la fesse gauche, précisément depuis le 30 octobre 2005 à la suite d'une chute sur les fesses (expertise du 18.06.2007, p. 2), et s'est basé sur les radiographies et examens IRM de colonne lombaire, relevant la présence de discopathies (p. 2 et 5), de sorte qu'il a dûment tenu compte de l'accident du 30 octobre 2005 et des lésions causées aux disques lombaires, quoi qu'en pense la recourante. Quant au fait de savoir si l'obésité de l'assurée a précédé ou suivi l'accident dont elle a été victime, question qui n'aurait selon la recourante pas été investiguée par les médecins de la CRR, les Drs X. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ y ont répondu de façon convaincante, affirmant que cette question n'a strictement aucune répercussion sur la capacité de travail et que l'obésité n'est pas en soi une maladie invalidante au sens de l'AI, sauf si elle est elle-même la conséquence d'une maladie invalidante, ou si elle est à l'origine d'une atteinte invalidante (rapport SMR du 01.10.2008). Sur ce point, on relèvera que l'obésité en soi n'est pas constitutive d'invalidité, mais que celle-ci doit être admise, selon la jurisprudence, si l'excédent de poids a provoqué une atteinte à la santé ou s'il est lui-même la conséquence d'un trouble de la santé et qu'ainsi, la capacité de gain est sensiblement réduite et ne peut être augmentée de façon importante par des mesures raisonnablement exigibles (TF 9C\_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3; RCC 1984 p. 359 consid. 3). Si le Dr K. \_\_\_\_\_ a nié la présence d'une hernie discale (expertise du 18.06.2007, p. 5), il s'est fondé sur une IRM lombaire, soit sur un document objectif, de sorte qu'on voit mal comment son avis serait erroné. Au vu de l'analyse de ce médecin, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, procédant sur la base d'une anamnèse complète, d'exams complets, des plaintes de l'assurée et des autres pièces médicales figurant au dossier, on retiendra que l'assurée ne présente pas de hernie discale, quand bien même les Drs F. \_\_\_\_\_ et O. \_\_\_\_\_, au

- 14 - terme d'investigations moins approfondies que celle de l'expert, ont pour leur part retenu une hernie discale L4-L5 décompensée suite à une chute (rapport du 04.04.2007). Les Drs X. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_ ont du reste relevé que la simple déshydratation d'un ou de plusieurs disques vertébraux n'est pas une explication suffisante à une symptomatologie douloureuse d'une intensité telle que celle démontrée par l'assurée (rapport SMR du 01.10.2008). Enfin, la recourante ne se fonde sur aucun avis médical

lorsqu'elle conteste l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ selon lequel un délai de six mois est admis pour la guérison des lombalgies post- traumatiques en l'absence de lésion structurelle identifiée. On ne voit du reste pas de raisons de s'écarter de cet avis, formulé par un spécialiste en médecine interne et en rhumatologie et au terme d'un examen complet de l'assurée. c) S'agissant des critiques émises par la recourante à l'encontre du rapport du 20 juin 2007 de G. \_\_\_\_\_, physiothérapeute diplômée, on relèvera que cette spécialiste a simplement indiqué que l'assurée prenait un médicament pendant les tests, sans affirmer qu'il s'agissait de Méfénacide et laissant la question ouverte à ce sujet. Le fait que l'assurée prenait en réalité un autre médicament – à savoir du Zaldiar (expertise du 30.07.2007 du Dr T. \_\_\_\_\_, p. 6) – n'est donc pas propre à mettre en cause l'avis de G. \_\_\_\_\_. On s'étonnera par ailleurs que la recourante ne se base sur aucun document médical pour affirmer que le Zaldiar est un médicament bien plus puissant que le Méfénacide, ce qui n'est donc pas démontré. En outre, le fait que G. \_\_\_\_\_ ait fait mention d'"autolimitation", soit de refus par l'assurée d'exécuter certains gestes, ne saurait signifier que les douleurs n'ont pas été prises en compte, celle-ci ayant relevé que l'intéressée a dû déambuler entre chaque test afin d'atténuer la douleur, et ne saurait suffire à discréditer l'avis de cette spécialiste. d) Au sujet de l'expertise du 30 juillet 2007 du Dr Q. \_\_\_\_\_, les remarques de la recourante concernant les circonstances de son licenciement du CHUV ne constituent que des précisions d'un épisode très spécifique de l'anamnèse et ne sont pas propres à mettre en cause la

- 15 - qualité du travail de ce psychiatre. Si le Dr Q. \_\_\_\_\_ n'a pas mentionné d'envies suicidaires, il faut relever qu'il a fondé son avis sur les plaintes subjectives de l'assurée, selon ce qu'elle lui a déclaré, et qu'il a pris en compte les pièces médicales du Dr S. \_\_\_\_\_, psychiatre traitant. Les remarques de la recourante quant à ses activités, qui ne correspondraient pas en totalité avec celles ressortant de l'anamnèse actuelle (rapport du 30.07.2007, p. 3), sont difficilement vérifiables en l'absence d'autres pièces médicales et on ne voit pas en quoi, dans la mesure où elles portent uniquement sur des détails relatifs à la vie quotidienne de l'intéressée, elles suffiraient à discréditer l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_. Le fait que l'assurée rencontre des difficultés sexuelles, en lien avec des mouvements exacerbant les douleurs, n'est pas en soi contradictoire avec l'absence de signes somatiques de dépression, telle une diminution de la libido (rapport du 30.07.2007, p. 3). S'agissant du sommeil, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a indiqué que celui-ci, qui avait été très perturbé, était actuellement décrit comme "correct" par l'assurée, de sorte qu'il s'est basé sur les propres dires de l'expertisée. Le maintien d'une capacité d'humour n'est pas contradictoire avec l'état de santé de l'assurée et il ne ressort pas de l'expertise que celle-ci a pleuré durant une bonne partie de l'entretien. La recourante ne se base ensuite sur aucun document médical pour contester l'assertion de l'expert selon laquelle l'assurée ne présente pas de sentiment de culpabilité et qu'elle a le sentiment d'avoir entièrement rempli sa mission socioprofessionnelle (rapport du 30.07.2007, p. 3). Le Dr Q. \_\_\_\_\_ a du reste mentionné que l'assurée décrivait une activité professionnelle valorisante, dans laquelle elle s'est épanouie (rapport du 30.07.2007, p.2), ce qui ne peut qu'accréditer son assertion précitée. Il n'est en outre pas réellement démontré que la déclaration du syndrome du tunnel carpien puis une erreur professionnelle ont été les déclencheurs de la dépression, comme le soutient la recourante, et il est douteux que ce fait suffise à remettre en cause les conclusions du Dr Q. \_\_\_\_\_. Lorsque la recourante soutient que l'entretien avec l'expert n'a duré qu'une demi-heure, on relèvera que, selon la jurisprudence, une consultation, même de courte durée, n'exclut

- 16 - pas nécessairement une étude fouillée et complète du cas (TF I 533/06 du 23 mai 2007 consid. 5.6), ce qui est le cas en l'espèce. Les motivations du Dr Q. \_\_\_\_\_, qui écarte la présence de troubles anxieux spécifiques, de traumatismes majeurs durant la phase de développement et de signes dépressifs manifestes, ne sont nullement contradictoires par rapport aux déclarations de l'assurée et aux éléments ressortant de l'anamnèse. On relèvera que la recourante ne se base sur aucun avis médical pour infirmer les motivations de l'expert et qu'on peut attendre de ce dernier, en tant que spécialiste en psychiatrie, d'apprécier l'état de santé psychique de l'intéressée en connaissance de cause, de sorte qu'on ne voit pas de raisons de s'écarter de son avis. Enfin, on relèvera que l'avis du Dr S. \_\_\_\_\_ (rapports des 01.09.2006 et 30.03.2009) ne justifie pas de s'écarter des conclusions et motivations retenues par l'expert. En effet, au vu du rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_, qui comprend une anamnèse détaillée, un examen psychiatrique, la prise en compte des différentes pièces médicales ainsi qu'une appréciation médicale claire et des conclusions dûment motivées, on écartera l'avis, moins fouillé et peu motivé, du Dr S. \_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que ce dernier est le psychiatre traitant de l'assurée, de sorte qu'il convient d'apprécier son opinion sur le plan médical avec les réserves d'usage. e) S'agissant de l'expertise du 30 juillet 2007 du Dr T. \_\_\_\_\_, les remarques de la recourante quant à la durée de son activité en salle d'opération en tant qu'infirmière-instrumentiste et quant à l'organisation de sa vie quotidienne (expertise du 30.07.2007, p. 6) portent à l'évidence sur certains aspects bien spécifiques de l'anamnèse de l'assurée et on ne voit pas en quoi ces quelques rectifications remettraient en cause l'avis de cet expert. Lorsque la recourante conteste la constatation du Dr T. \_\_\_\_\_ selon laquelle la station monopodale ne pose pas de problème (expertise du 30.07.2007, p. 8), on relèvera que cet élément n'est pas contredit par les investigations du Dr K. \_\_\_\_\_, qui a relevé que l'assurée avait refusé le saut monopodal (expertise du 18.06.2007, p. 4), ni par celles de G. \_\_\_\_\_ (rapport du 20.06.2007). Les constatations de l'expert au sujet du status neurologique – relevant que la tonicité et la trophicité

- 17 - musculaire paraissaient dans les normes et que la sensibilité épicroticienne était parfaitement conservée (expertise du 30.07.2007, p. 8) – ne sont pas infirmées par les investigations du Dr K. \_\_\_\_\_ (expertise du 18.06.2007, p. 4). Les autres griefs formés par la recourante à l'égard de l'expertise du Dr T. \_\_\_\_\_ (déshabillage de l'assurée, absence de témoins lors de l'examen, rotation du tronc) ne sont pas pertinents pour remettre en cause l'avis de ce médecin, dès lors qu'ils ne sont pas de nature à altérer ses motivations, en l'occurrence dûment motivées. Les remarques émises par la recourante à l'encontre de l'évaluation de l'incapacité de travail retenue par le Dr T. \_\_\_\_\_, qui ne se fondent sur aucun avis médical, peuvent difficilement se concevoir autrement que comme une critique, en l'occurrence peu convaincante, de l'appréciation de cet expert. Lorsque la recourante soutient que les médecins de la CRR ont fait fi des rapports des Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_, il faut relever au contraire que les avis de ces derniers praticiens, médecins traitants de l'assurée, ont dûment été pris en compte, en tant que pièces médicales figurant au dossier, par les différents médecins de la CRR, ainsi que cela ressort de leurs rapports respectifs. Au demeurant, il n'appartenait nullement aux médecins de la CRR de suivre en tout point les constatations et motivations des médecins traitants de l'assurée, mais bien d'apporter, en tant que spécialistes consultés à cet effet, les résultats de leurs propres investigations, analyses et motivations au sujet de l'état de santé de l'assurée et de sa capacité de travail. A cela s'ajoute que, en tant que médecins traitants de l'intéressée, les avis des Drs R. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ doivent être appréciés avec les réserves d'usage. f) Concernant les documents médicaux déposés par la recourante à l'appui de son courrier du

29 octobre 2009, on relèvera qu'il ne peut en être tenu compte dans la présente procédure dans la mesure où ils se rapportent à la situation de fait postérieure au 27 février 2009, dès lors que le juge n'a pas à prendre en considération les éventuelles modifications de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision attaquée (ATF 129 V 1 consid. 1.2; TF 9C\_561/2009 du 14 janvier 2010 consid. 3).

- 18 - A cela s'ajoute que, dans leur rapport du 2 octobre 2009, les Drs F.\_\_\_\_\_ et O.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur la capacité de travail actuelle de l'assurée ni sur son état de santé actuel sur les plans rhumatologique et psychologique, précisant n'avoir pas été consultés par l'assurée depuis avril 2007. Ces médecins n'apportent donc pas d'éléments médicaux nouveaux par rapport à leur précédent rapport, du 4 avril 2007, dont la portée a été examinée ci-dessus, en lien avec les rapports des médecins de la CRR. Si la Dresse R.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 27 octobre 2009, retient une capacité de travail nulle, son avis est insuffisamment motivé sur le plan médical, au regard notamment des arguments convaincants des médecins de la CRR, et semble empreint d'une certaine condescendance à l'égard de l'assurée. Quant au rapport du 27 octobre 2009 du Dr S.\_\_\_\_\_, ce spécialiste fait certes état d'une aggravation de l'état de santé de l'intéressée et estime que la capacité de travail de celle-ci ne lui permet aucune activité lucrative, ceci d'une façon définitive, mais il se fonde en partie sur des éléments relatifs à la santé physiques (dérèglement de la stabilité du diabète et de l'hypertension artérielle) alors qu'il est psychiatre, et on ne voit pas en quoi son avis, peu étayé, suffirait à remettre en cause l'avis des médecins de la CRR. Au demeurant, les Drs X.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ (rapport SMR du 11.11.2009), auquel s'est rallié l'intimé (duplicata du 18.11.2009) ont clairement expliqué que les rapports déposés par la recourante le 29 octobre 2009 n'étaient pas susceptibles de modifier la position du SMR. g) En outre, on relèvera que les rapports des médecins de la CRR, en particulier l'expertise de synthèse du 30 juillet 2007 du Dr T.\_\_\_\_\_, ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et des pièces médicales figurant au dossier ainsi que sur la base d'examen approfondis, des plaintes de l'assurée, des examens radiologiques et IRM effectués et qu'ils se fondent sur une appréciation médicale claire, une motivation dûment étayée et des conclusions convaincantes et motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante doit leur être reconnue.

- 19 -

## **E. 5**

En conséquence, à l'instar de l'avis des médecins de la CRR, et plus spécifiquement de celui du Dr T.\_\_\_\_\_ (expertise du 30.07.2007, p. 12), on retiendra que l'assurée ne présente pas d'incapacité de travail dans son activité habituelle d'infirmière instrumentiste, ni dans toute autre activité comparable en terme de sollicitations somato-psychiques. C'est donc à juste titre que le droit à des prestations d'invalidité a été nié à la recourante, celle-ci ne présentant pas un degré d'invalidité de 40 % permettant l'octroi d'un quart de rente d'invalidité (art. 28 LAI), ni une diminution de la capacité de gain de 20 % fixant le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel (ATF 124 V 108 consid. 2b; TF 9C\_818/2007 du 11 novembre 2008 consid. 2.2). Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

## **E. 6**

Au vu de ce qui précède, le dossier est complet pour que la cause soit tranchée et il n'y a pas lieu de procéder à un complément d'instruction, soit de mettre en œuvre une expertise, ainsi

que le requiert la recourante. En effet, le juge peut renoncer à un complément d'instruction sans que cela entraîne une violation du droit d'être entendu s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 106 Ia 162 consid. 2b; TF 8C\_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.2 et les références citées).

#### **E. 7**

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 (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais doivent être mis à la charge de la recourante, qui succombe. Vu l'issue du litige, la recourante n'a pas droit à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA).

- 20 -

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