

# **VD\_GERICHTE ZD09.014410 vom 10. Februar 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-02-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.014410](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.014410)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.014410 du 10 février 2011

IT: VD\_GERICHTE ZD09.014410 del 10 febbraio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité, RS 831.20), 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'assurance-invalidité (art. 1a à 26bis et 28 à 70 LAI), à moins que dite loi ne déroge expressément à la LPGA. L'art. 56 LPGA stipule que les décisions sur opposition et celles contres lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujette à recours. Aux termes de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, les décisions des Offices AI peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'Office concerné. Formé le 16 avril 2009, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, compte tenu des fêtes pascales courant du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il est de surcroît recevable en la forme (art. 61 let. b LPGA). 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. 1 et 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 57 LPGA et 93 al. 1 let. a LPA-VD).

### **E. 2**

L'objet du présent litige est de savoir si l'OAI était fondé à rejeter la demande de révision de rente, en retenant que les conditions n'en étaient pas remplies, ceci au vu des conclusions médicales de l'examen SMR bidisciplinaire du 31 octobre 2007, qui retenait l'absence d'atteinte invalidante sur le plan somatique, ainsi qu'une atteinte psychique entraînant une incapacité de travail de 50%, de sorte que l'exigibilité de 50% dans toute activité retenue pour l'octroi de la rente ne s'en trouverait pas modifiée. La recourante soutient pour sa part que l'aggravation de son état de santé global lui ouvre le droit à une rente AI entière à compter du 1er juin 2006 sur la base d'un taux d'invalidité de 70%.

- 9 -

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA (qui reprend l'ancien art. 41 LAI, abrogé lors de l'entrée en vigueur de la LPGA au 1er janvier 2003), lorsque le taux d'invalidité du bénéficiaire du droit à la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, partant le droit à la rente, peut motiver une révision selon les dispositions précitées. Selon la jurisprudence, il peut y avoir matière à révision soit en cas d'amélioration ou d'aggravation notable de l'état de santé, soit en cas de modification notable des

répercussions sur la capacité de gain d'un état de santé resté inchangé (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 130 V 343 consid. 3.5 et les références; TF 8C\_983/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1). Une révision n'est admissible que si une modification de la situation effective s'est produite, et si cette modification influence le degré d'invalidité; il ne suffit pas qu'une situation, restée inchangée pour l'essentiel, soit appréciée d'une manière différente (cf. TF 491/2003 du 20 novembre 2003, consid. 2.2 in fine et les références). L'assurance-invalidité connaissant un système de rentes échelonnées, la révision ne se justifie que lorsque le degré d'invalidité franchit un taux déterminant (ATF 133 V 545 consid. 6.2 à 7). La question de savoir si un changement important s'est produit doit être appréciée en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5; TF 9C\_431/2009 du 3 novembre 2009, consid. 2.1). En principe, l'adaptation des prestations d'assurances sociales a lieu avec effet rétroactif (ex tunc). L'assurance-invalidité connaît une réglementation différente lorsque la modification de la prestation a lieu en raison de questions spécifiques au droit de l'assurance-invalidité (ATF 119 V 431 consid. 2 et les références; TF I 528/2006 du 3 août 2007, consid.

- 10 - 7.2). Dans ces cas, la modification de la prestation d'assurance intervient en principe avec effet ex nunc et pro futuro (art. 85 al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RS 831.201]). b) Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (correspondant à l'ancien art. 28 al. 1 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. Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré actif, le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait réaliser en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation utiles, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible le montant de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence, exprimée en pour-cent, permettant de calculer le degré d'invalidité (VSI 2/2000 p. 82, consid. 1b; TF 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.1). c) 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 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. L'art. 6 LPGA définit l'incapacité de travail 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

- 11 - 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. 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. 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 et les références; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans le cas d'une expertise pluridisciplinaire, qui prend en compte l'ensemble des différents troubles présentés par l'assuré et leurs interférences possibles, l'appréciation générale du cas et les conclusions de l'expertise ne procèdent pas de la simple juxtaposition de rapports médicaux; aussi le taux de l'incapacité de travail ne résulte pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais procède, bien plutôt d'une évaluation globale (Meine, L'expert et l'expertise – critères de validité de l'expertise médicale, in: L'expertise médicale, Genève 2002, pp. 23 ss; Paychère, Le juge et l'expert – plaidoyer pour une meilleure compréhension, in: L'expertise médicale, Genève 2002, p. 147; TF 9C\_460/2010 du 16 décembre 2010, consid. 2.1, 9C\_87/2008 du 9 octobre 2008, consid. 3; TFA I 131/2003 du 22 mars 2004, consid. 2.3). d) 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, avant de 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 sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une

- 12 - 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 et 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 8C\_861/2009 du 20 avril 2010, consid. 3.1, 9C\_813/2009 du 11 décembre 2009, consid. 2.1 et 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Cela étant, 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 confidentiels 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 d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 et 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008).

#### **E. 4**

La recourante conteste la capacité de travail à 50% évaluée selon rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 31 octobre 2007. Ses atteintes psychiques auraient pour incidence que la limitation de sa capacité de travail est en réalité supérieure au taux précité. Elle s'avoue sceptique s'agissant du diagnostic de schizophrénie explicitement évoqué par les médecins SMR, puis écarté selon elle "faute d'informations médicales à ce sujet". Ce serait

uniquement en raison d'un dossier médical incomplet que le diagnostic de troubles schizotypiques (F 21) aurait été retenu. Le SMR n'aurait par conséquent pas posé son diagnostic selon les

- 13 - règles de l'art, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélerait nécessaire. L'examen SMR serait également erroné dans la mesure où il se distancerait, sans aucune explication, de l'appréciation du médecin traitant du 25 (recte: 27) mai 2008 attestant de l'impossibilité pour elle d'occuper un poste à mi-temps. Les médecins SMR n'auraient de surcroît pas procédé à une appréciation globale compte tenu des taux d'incapacité de travail somatique et psychique entrant en considération. Dans son avis médical du 19 novembre 2008, le SMR considérerait à tort et sans explications complémentaires que les deux incapacités de travail ne peuvent s'additionner, raison pour laquelle l'exigibilité devrait être maintenue à 50%. Le SMR serait en effet parti à tort du principe que l'incapacité (recte: la capacité) de travail était totale sur le plan somatique. Or, après que la gestionnaire de l'OAI du dossier eût rappelé que la fibromyalgie devait être considérée comme invalidante, il appartenait au SMR de procéder à une nouvelle évaluation globale de la situation. Cette dernière appréciation ferait défaut au dossier et le rapport SMR du 31 octobre 2007 serait inutilisable, puisque fondé sur des prémices juridiques erronées.

#### **E. 5**

a) En l'espèce, l'examen clinique bidisciplinaire pratiqué le 25 septembre 2007 au SMR l'a été par deux spécialistes, l'un en rhumatologie (le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation) et l'autre en psychiatrie (la Dresse A. \_\_\_\_\_, ancien chef de clinique adjointe en psychiatrie). Le rapport établi le 31 octobre 2007 par ces praticiens contient une description de la situation médicale (anamnèse fouillée tenant compte des plaintes de l'examinée), un status des constatations médicales d'ordre neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique, l'étude du dossier radiologique à disposition, des diagnostics clairs ainsi qu'une appréciation concertée du cas dûment motivée s'agissant de ses conclusions. On doit par conséquent lui accorder valeur probante au sens de la jurisprudence. Sur le plan somatique, le rapport SMR du 31 octobre 2007 ne retient aucun atteinte à la santé invalidante. Il pose à cet égard le diagnostic de discours algique polymorphe, apparenté à une fibromyalgie,

- 14 - dans un contexte de troubles d'ordre psychique sans répercussion sur la capacité de travail. Les spécialistes du SMR relèvent à l'occasion de leur appréciation que "l'examen clinique de ce jour [du 25 septembre 2007] met en évidence une assurée en excellent état général, ne présentant aucune limitation sur le plan ostéoarticulaire ou de troubles neurologiques objectifs". Ils concluent à l'existence d'une symptomatologie algique, ubiquitaire, fluctuant dans le temps dans un contexte d'atteinte d'ordre psychique. Aucune atteinte à la santé d'ordre somatique à caractère invalidant au sens de la jurisprudence n'a donc été retenue, les plaintes algiques s'intégrant exclusivement dans un contexte de troubles psychiques. Sur le plan psychique, les médecins SMR ont objectivé la présence de symptômes négatifs schizophréniques (apathie, émoussement affectif, altération des performances sociales) ceci, en l'absence de symptômes dépressifs ou maniaques de premier plan. Ils ont posé le diagnostic de troubles schizotypiques (F 21), précisant que faute d'informations y relatives, le diagnostic de schizophrénie (F 20), qui selon CIM-10 se caractérise par la présence d'un affect inapproprié ou restreint, d'une attitude froide et distante, d'un comportement bizarre, d'une pauvreté du contact, de méfiance et d'idéation persécutoire, anamnestiquement, des épisodes de dépersonnalisation ou de réalisation avec

une évolution chronique et une intensité fluctuante, ne pouvait être retenu en l'espèce. L'état de santé de l'examinée étant pour l'heure stationnaire, l'évolution vers une schizophrénie avérée ne pouvait toutefois être exclue pour l'avenir vu l'opposition de l'assurée à toute proposition de prise en charge psychiatrique et une compliance médicamenteuse chaotique. Interpellé par l'OAI sur les origines du trouble schizotypique diagnostiqué, les Drs M. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ du SMR ont précisé, selon avis médical du 19 novembre 2008, que sur la base des documents au dossier il était raisonnable d'admettre une aggravation de l'état de santé psychique rendant compte d'une incapacité de travail de 50%. Ils ont ajouté, ainsi que cela ressort de la CIM-10, que le début du trouble schizotypique (F 21) est difficile à déterminer. A l'aune de ce qui précède, contrairement aux allégations de la recourante suggérant que le

- 15 - SMR n'aurait pas posé son diagnostic selon les règles de l'art, il faut retenir que les constatations médicales, établies suite à l'examen clinique pratiqué dans les règles, ont par la suite été analysées dans l'avis médical précité en application des critères de la classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM-10), pour finalement aboutir au constat que seul le diagnostic de trouble schizotypique pouvait être retenu en l'espèce. Partant, quoiqu'en dise la recourante, le diagnostic de schizophrénie (F 20) n'a pas été écarté de manière péremptoire par les spécialistes du SMR. Ce n'est au contraire qu'après avoir constaté que les éléments médicaux au dossier et consécutifs à l'examen clinique ne remplissaient pas les critères caractéristiques selon CIM-10 permettant de retenir ce diagnostic, que les spécialistes du SMR n'ont pas retenu la schizophrénie. Ils ont néanmoins précisé à cet égard que nonobstant l'état stationnaire actuel, selon l'évolution future de l'état de santé et compte tenu de l'absence de traitement psychiatrique de la recourante, le diagnostic de schizophrénie avérée ne pouvait d'emblée être exclu pour l'avenir. Dans ces circonstances, par son contenu, le rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 31 octobre 2007 satisfait clairement aux exigences de la jurisprudence pour se voir attribuer valeur probante. b) La recourante conteste la capacité de travail à 50% évaluée par les médecins du SMR. Reprenant les constatations énoncées par le certificat médical du 27 mai 2008 de son médecin traitant, elle soutient que la diminution de son temps de travail de 50 à 30% en 2006 est indiquée, de sorte qu'il y a lieu d'en déduire que son incapacité de travail est supérieure au taux de 50% retenu par le SMR. Etant rappelé que, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve et qu'il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (cf. consid. 3d ci-dessus), force est de relever qu'en l'espèce le certificat médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ ne fait pas état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'examen SMR. Le médecin traitant rapporte une réduction de

- 16 - l'ordre de 20% du temps de travail déjà réduit de sa patiente, précisant que cette diminution est nécessaire afin de permettre à la recourante de pouvoir gérer ses souffrances de sorte que la révision de la rente AI (passage de la demi-rente à une rente complète) serait légitime. Outre le fait que le médecin traitant souligne la nécessité de la réduction du temps de travail précitée, il n'expose pas dans le détail les éléments et motifs d'ordre médical étayant le bien-fondé de sa prise de position. Il se limite à estimer que l'état anxio-dépressif s'est aggravé en 2006 en raison de l'exacerbation des douleurs. Apparaissant dès lors plutôt fondé sur les plaintes subjectives de sa patiente que sur des éléments médicaux concrets et précis mis en évidence – et dont le rapport d'examen SMR de fin octobre 2007 n'aurait à tort

pas tenu compte –, le certificat médical du 27 mai 2008 ne s'avère en définitive pas suffisamment pertinent pour remettre en cause le bien fondé des conclusions adoptées par les spécialistes du SMR à la fin octobre 2007. c) Il s'agit d'examiner enfin le dernier argument de la recourante, selon lequel les médecins SMR n'auraient de surcroît pas procédé à une appréciation globale du cas compte tenu des taux d'incapacité de travail somatique et psychique entrant en considération. A titre préliminaire, la recourante souligne avec raison que selon la jurisprudence, dans le cas d'une expertise pluridisciplinaire tenant compte l'ensemble des différents troubles présentés par l'assuré et leurs interférences possibles, l'appréciation générale du cas et les conclusions de l'expertise ne doivent pas procéder de la simple juxtaposition de rapports médicaux; le taux de l'incapacité de travail ne résultant pas de la simple addition de deux taux d'incapacité de travail (d'origine somatique et psychique) mais doit procéder, bien plutôt d'une évaluation globale (cf. consid. 3c ci-dessus). Sur le plan médical, les spécialistes SMR ont relevé lors de leur examen de septembre 2007 que les plaintes algiques de la recourante s'intègrent dans un contexte de troubles d'ordre psychique ("En conclusion, cette assurée présente une symptomatologie algique, ubiquitaire, fluctuant dans le temps, dans un contexte d'atteinte d'ordre psychique..."). Même si sous

- 17 - l'angle juridique il convient de considérer l'existence d'une incapacité d'ordre somatique – prise en compte du diagnostic initial de fibromyalgie –, il n'en demeure pas moins que du point de vue médical, les atteintes psychiques se recoupent dans une très large mesure avec la fibromyalgie initialement diagnostiquée. Les experts du SMR ont relevé à raison que l'incapacité somatique à 50% est intimement liée aux atteintes d'ordre psychique dans la mesure où elle n'en constitue que la conséquence. Sans ses atteintes psychiques la recourante ne présenterait en effet pas de plaintes algiques, ubiquitaires. Ainsi contrairement à l'avis de la recourante, les conclusions de l'avis médical SMR du 19 novembre 2008 à teneur desquelles les incapacités de nature somatique et psychique ne peuvent pas s'additionner de sorte, qu'il en résulte une capacité de travail résiduelle globale de 50%, ne peuvent qu'être partagées par la cour de céans. L'hypothèse avancée par la recourante voulant que SMR serait parti à tort du principe que la capacité de travail était totale sur le plan somatique ne résiste pas à l'examen. Dans son avis médical du 19 novembre 2008, reprenant les constatations effectuées à l'occasion de l'examen bidisciplinaire, le SMR a expressément exposé que malgré la nécessité de retenir une incapacité de 50% au plan somatique pour des raisons juridiques, les incapacités somatique et psychique ne pouvaient s'additionner en l'espèce. En conclusion, dans son examen clinique rhumato-psychiatrique complété par avis médical du 19 novembre 2008, le SMR a bel et bien procédé à une évaluation globale et concertée de la situation médicale avant de retenir l'existence d'une capacité de travail résiduelle à hauteur de 50% dans toute activité. Le rapport d'examen bidisciplinaire SMR du 31 octobre 2007 apparaissant suffisamment complet et circonstancié, c'est en vain que la recourante y voit des contradictions ou des lacunes qui justifieraient la réalisation d'une nouvelle expertise psychiatrique. Le dossier étant complet sur le plan médical, la requête de mesures d'instruction formulée par la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire est rejetée. La cour tient à souligner à ce propos qu'une appréciation différente est peu probable, une expertise dans le

- 18 - domaine de la psycho-traumatologie impliquant des connaissances cliniques ainsi qu'une expérience encore peu répandues.

## **E. 6**

La reconnaissance d'une capacité de travail résiduelle de 50%, compte tenu de l'appréciation globale de la situation sur les plans somatique et psychique, a pour conséquence que le degré d'invalidité ne s'en trouve pas modifié et donne droit à une demi-rente AI telle que versée jusqu'alors, ceci conformément à la règle de l'art. 28 al. 2 LAI (cf. consid. 3b ci-dessus). Les conditions n'en étant clairement pas remplies en l'espèce (cf. consid. 3a ci-dessus), il n'existe en l'occurrence pas de droit pour la recourante à la révision de sa demi-rente de l'AI au sens de l'art. 17 LPGA.

## **E. 7**

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il reste à statuer sur les frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD). 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. 1bis LAI); 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 1000 francs (art. 2 al. 1 TFJAS [Tarif cantonal vaudois du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales, RSV 173.36.5.2], applicable par renvoi de l'art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI; art. 49 al. 1 LPA-VD). Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, puisque celle-ci n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

- 19 -