

## **VD\_GERICHTE ZD09.035528 vom 13. Oktober 2010**

VD Tribunal cantonal, 2010-10-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD09.035528](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD09.035528)

FR: VD\_GERICHTE ZD09.035528 du 13 octobre 2010

IT: VD\_GERICHTE ZD09.035528 del 13 ottobre 2010

### **Erwägungen**

#### **E. 28**

janvier 2009 (cf. let. C.b supra) – lequel avait été mis en oeuvre afin de déterminer l'évolution de l'état de santé ainsi que la capacité de travail exigible suite à l'apparition d'un problème neurochirurgical. Ce dernier examen, qualifié de succinct par la recourante, faisait pourtant état d'une anamnèse particulièrement fouillée; les documents radiologiques étaient énumérés et commentés; le status ostéoarticulaire était précisément décrit et détaillé; les plaintes de la recourante étaient rappelées tout au

- 25 - long de l'anamnèse; enfin, les conclusions de l'experts étaient claires, exemptes de contradictions et dûment motivées. Il en résultait que l'examen neurologique était sans particularité. L'examen rachidien mettait en évidence des troubles de la statique vertébrale, ce qui était confirmé par les constatations radiologiques (discopathie significative L5-S1, non neuro-compressive, et discopathie banale C5-C6, également non neuro-compressive). Par ailleurs, le status après exérèse d'un schwannome n'entraînait aucune limitation fonctionnelle, le problème étant définitivement réglé. L'examen ostéoarticulaire périphérique était également dans la norme, hormis s'agissant des genoux; là encore, les clichés radiologiques confirmaient la présence d'un syndrome rotulien. Les autres plaintes musculo- squelettiques n'étaient pas justifiées par des éléments objectifs, et s'intégraient dans le cadre du trouble somatoforme. En particulier, les douleurs abdominales étaient, selon le Dr H. \_\_\_\_\_ (chirurgien de la recourante), d'ordre fonctionnel; ce médecin l'avait d'ailleurs incitée à augmenter son activité physique. Dès lors, par rapport à la situation existant lors de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ (aucune limitation fonctionnelle ostéoarticulaire objective), l'examineur du SMR attestait une aggravation notamment au niveau lombaire et des genoux. Ces atteintes entraînaient des limitations fonctionnelles claires, mais n'empêchaient assurément pas la recourante de travailler dans une activité adaptée. Si le Dr T. \_\_\_\_\_ attestait une incapacité totale de travail depuis 1999, ses constatations objectives concordaient, à travers le temps, avec celles du Dr D. \_\_\_\_\_ et de l'expert du SMR. Son avis, nettement moins étayé que ceux des deux experts, ne saurait dès lors être reconnu comme probant. Cela étant, aucun autre médecin ne s'était spécifiquement prononcé sur la capacité de travail exigible ainsi que sur les limitations fonctionnelles. Les différents rapports [...] versés au dossier faisaient essentiellement état d'attitudes thérapeutiques suite à des

- 26 - interventions; on ne pouvait dès lors, comme le faisait la recourante, en tirer des conclusions sur sa capacité, respectivement son incapacité de travail. Il n'était par conséquent absolument pas correct d'affirmer que l'intégralité des médecins avaient évoqué l'existence d'une incapacité de travail et que l'examen du SMR présentait des conclusions opposées à tous les autres documents médicaux. Dans la mesure où, tant du point de vue psychiatrique que somatique, le médecin traitant de la recourante ne faisait état d'aucun

élément objectif qui n'aurait pas été pris en compte dans le cadre des différentes expertises, il convenait, selon l'OAI, de retenir les conclusions respectives qui ressortaient des expertises, à savoir que depuis l'automne 2007, la capacité de travail de l'intéressée était entière dans une activité adaptée, et qu'auparavant, sa capacité de travail était entière dans toute activité. L'OAI proposait dès lors le rejet du recours. c) Dans sa réplique du 24 mars 2010, la recourante a déclaré maintenir intégralement les conclusions de son recours. Elle a produit un certificat médical établi le 10 décembre 2009 par le Dr B.\_\_\_\_\_, médecin conseil du Service de l'emploi [...], lequel attestait que, "pour des raisons médicales, Madame R.\_\_\_\_\_, née le 9.6.1957, [était] dans l'incapacité de travailler dès le 17 novembre 2009 pour une durée indéterminée", étant précisé que "[c]e certificat n'[était] valable que pour le Service de l'emploi". d) Le 29 mars 2010, le juge instructeur a informé les parties que, l'instruction médicale apparaissant complète, il n'était pas donné suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire; il a réservé l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer. E n d r o i t :

- 27 - 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAI). L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (qui prévoit une procédure d'opposition) et 58 LPGA (qui consacre la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. b) La procédure devant le tribunal cantonal des assurances institué par chaque canton en application de l'art. 57 LPGA est réglée par le droit cantonal, sous réserve de l'art. 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA, RS 172.021) et des exigences minimales prévues par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 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 le 22 octobre 2009 par R.\_\_\_\_\_ contre la décision rendue le 17 septembre 2009 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, décision que la recourante affirme n'avoir reçue que le 23 septembre 2009 (cf. let. D.a supra) de sorte que le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). S'agissant d'une contestation relative à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité, il est par principe admis que la valeur litigieuse est supérieure à 30'000 fr. (cf. Exposé des motifs et projet de LPA-VD, mai 2008, n° 81, p. 47); la cause doit en conséquence être tranchée par la

- 28 - cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]), et non par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. 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 attaquée 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c et les références; cf. ég. TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2). En l'espèce, est litigieuse la capacité de travail résiduelle de la recourante – celle-ci s'estimant totalement incapable de travailler, tandis que l'office intimé considère qu'elle présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles induites par ses atteintes sur le plan somatique –, respectivement son degré d'invalidité et, partant, son droit à une rente. 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 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. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008 (pour la période antérieure, cf. art. 28 al. 1 de l'ancienne LAI),

- 29 - 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. A teneur de l'art. 16 LPGA, 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 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. 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. 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). 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, 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 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

- 30 - 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; ATF 125 V 351, consid. 3a et les références; TF 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 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 d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, cons. 3b/cc et les références; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, 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 (ATF 124 I 170, consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de celle-ci (TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; TF 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3). d) Selon la jurisprudence, les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes à la santé physique, entraîner une invalidité. On ne considère toutefois pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure

- 31 - de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (TF 9C\_547/2008 du 19 juin 2009, consid. 2.1 et les références). Dans les cas de troubles somatoformes douloureux, il existe une présomption selon laquelle cette atteinte à la santé ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible; la jurisprudence a étendu cette présomption au diagnostic de fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.2.1; TF 9C\_547/2008 précité, consid. 2.2). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté; dans un tel cas en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères, au premier plan desquels figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée; peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 précité, consid. 4.2.2; TF 9C\_547/2008 précité, consid. 2.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), la présence d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ou encore l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée; en présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 132 V 65 précité, consid. 4.2.2; TF 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). 4. En l'espèce, il convient d'apprécier la situation médicale de la recourante et les répercussions de ses atteintes à la santé sur sa capacité

- 32 - de travail tant sur le plan somatique (cf. consid. 4a infra) que sur le plan psychiatrique (cf. consid. 4b infra). a) Afin d'apprécier les atteintes à la santé dont souffre la recourante

sur le plan somatique, l'OAI a d'abord mandaté le Dr D. \_\_\_\_\_, médecin associé au Service de rhumatologie [...], pour une expertise médicale indépendante, qui a donné lieu à un rapport d'expertise du 28 janvier 2004 (cf. let. A.f supra). Après que l'assurée eut produit le rapport établi le 8 décembre 2008 par le Dr T. \_\_\_\_\_, lequel faisait état d'une aggravation de l'état de santé sur le plan rachidien, avec notamment une hémilaminectomie L5-S1 pour exérèse d'un schwannome le 20 septembre 2007 (cf. let. C.a supra), l'OAI a fait effectuer un examen clinique rhumatologique au SMR par le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a donné lieu à un rapport d'examen du 28 janvier 2009 (cf. let. C.b supra). Le rapport d'examen du Dr V. \_\_\_\_\_ contient une anamnèse particulièrement fouillée, dans laquelle les plaintes et données subjectives de l'assurée sont également exposées de manière circonstanciée (p. 2-4), une description précise et détaillée du status clinique ostéoarticulaire (p. 4-6), un examen commenté des documents radiologiques (p. 6), les diagnostics selon la CIM-10 (p. 7) et une appréciation du cas (p. 7-9) qui décrit la situation médicale et aboutit à des conclusions claires, convaincantes, exemptes de contradictions et dûment motivées. Ce rapport médical remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour qu'une pleine valeur probante lui soit accordée (cf. consid. 3c supra). Le Dr V. \_\_\_\_\_ expose de manière détaillée et convaincante les raisons pour lesquelles il retient, sur la base notamment de clichés d'IRM lombaires dont ne disposait pas le Dr D. \_\_\_\_\_, une aggravation de la situation par rapport à ce qu'avait relevé ce dernier au terme de son examen réalisé en 2004, la capacité de travail de la recourante demeurant toutefois entière dans une activité professionnelle respectant les limitations fonctionnelles énoncées sur le plan somatique. Toutes les constatations objectives

- 33 - ressortant des rapports médicaux établis par les autres médecins qui ont examiné la recourante ont été dûment prises en compte par le Dr V. \_\_\_\_\_. Celui-ci indique en particulier de manière motivée que le status après exérèse d'un schwannome le 20 septembre 2007, dont faisait état le Dr T. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 8 décembre 2008 (cf. let. C.a supra), n'entraîne aucune limitation fonctionnelle, le problème étant définitivement réglé. Quant aux constatations objectives contenues dans les rapports médicaux invoqués par la recourante (cf. let. D.a supra), soit en particulier dans le rapport des médecins du CHUV du 1er novembre 2000 et dans celui du Dr N. \_\_\_\_\_ du 19 mars 2002 (cf. let. A.d supra), sont mentionnés dans le rapport d'examen du Dr V. \_\_\_\_\_ du 28 janvier 2009. Le diagnostic de troubles somaformes douloureux, respectivement de syndrome fibromyalgique, évoqué par les médecins du CHUV et par le Dr N. \_\_\_\_\_, mais également par le Dr T. \_\_\_\_\_ (cf. let. A.b, A.d, B.b, B.g et C.a supra) et par le Dr D. \_\_\_\_\_ (cf. let. A.f supra), est également pris en compte par le Dr V. \_\_\_\_\_, qui retient le diagnostic voisin de syndrome douloureux ostéoarticulaire diffus évoquant une fibromyalgie. Comme rappelé (cf. consid. 3d supra), le caractère invalidant d'un tel syndrome doit être examiné au regard des critères posés par la jurisprudence, sur la base d'une expertise psychiatrique (cf. consid. 4b infra). Cela étant, sur le plan strictement somatique, aucun élément ne justifie de s'écarter des conclusions du Dr V. \_\_\_\_\_, en ce sens que, dans une activité réputée adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par ce spécialiste, la capacité de travail de la recourante est pleine et entière. b) Afin d'établir les atteintes à la santé dont souffre la recourante sur le plan psychique, respectivement les éventuelles répercussions de telles atteintes sur sa capacité de travail, l'OAI, après que le Tribunal fédéral lui a renvoyé le dossier pour qu'il complète l'instruction sous la forme d'une expertise psychiatrique ou pluridisciplinaire (cf. let. B.e supra), a mandaté à cet effet

le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie (cf. let. B.f supra). Le rapport de cet expert, déposé le 15 avril 2008, contient une anamnèse, la description des plaintes de l'expertisée, la description de l'observation clinique, les résultats des tests psychologiques, les diagnostics et une

- 34 - appréciation circonstanciée. Ce rapport, dans lequel sont retenus les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de trouble dépressif majeur récurrent (état actuel moyen) (F33.1), satisfait en tous points aux exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra). Le Dr F.\_\_\_\_\_ se fonde sur l'ensemble de la documentation médicale au dossier ainsi que sur son propre examen; l'appréciation diagnostique est très bien motivée et l'expert explique de manière tout à fait convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient aucune comorbidité psychiatrique importante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 3d supra); les autres critères permettant selon la jurisprudence du Tribunal fédéral de définir le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (cf. consid. 3d supra) sont également discutés de manière circonstanciée par l'expert, et conduisent clairement à nier un tel caractère invalidant en l'espèce. S'agissant des autres médecins consultés par la recourante, le Dr M.\_\_\_\_\_, qui suivait celle-ci en 2001, mentionnait déjà dans son rapport du 7 avril 2003 le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, associé à quelques symptômes de la lignée anxiodépressive; ce spécialiste ne se prononçait pas sur la capacité de travail, estimant que cette question devait être tranchée par un expert (cf. let. A.e supra). Or, c'est précisément ce qui a été fait par le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise du 15 avril 2008. Les conclusions de cette expertise confirment au demeurant celles des deux examens cliniques psychiatriques effectués antérieurement par la Dresse E.\_\_\_\_\_ du SMR (cf. let. A.e et B.d supra), lesquels ne pouvaient à eux seuls se voir reconnaître de caractère probant non pas en raison de leur contenu, mais en raison d'irrégularités formelles – liées à l'utilisation d'un titre auquel ce médecin ne pouvait prétendre (cf. let. B.e supra). Enfin, si la recourante est suivie depuis le 6 novembre 2003 par la Dresse J.\_\_\_\_\_ [...] (cf. let. B.d supra), l'expert F.\_\_\_\_\_ a pris en compte l'avis de cette dernière (avec laquelle il s'est entretenu téléphoniquement le 15 avril 2008), et a clairement exposé les motifs pour lesquelles il s'est écarté de ses conclusions. Dans ces conditions, il n'existe aucune raison de remettre en cause les conclusions claires,

- 35 - convaincantes et soigneusement motivées de l'expert F.\_\_\_\_\_ (cf. consid. 3c supra). c) Il résulte de ce qui précède que la décision attaquée échappe à la critique en tant qu'elle retient que la recourante présente, tant sur le plan psychiatrique que sur le plan somatique, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr V.\_\_\_\_\_. La Cour étant en mesure de statuer sur la base des avis médicaux au dossier, en particulier des rapports particulièrement complets des Drs V.\_\_\_\_\_ (sur le plan somatique) et F.\_\_\_\_\_ (sur le plan psychiatrique), de nouvelles mesures d'instruction, en particulier la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique judiciaire telle que requise par la recourante (cf. let. D.a supra), se révèlent superflues. Dès lors que la comparaison des revenus avec et sans invalidité retenus par l'OAI – lesquels ne sont pas critiqués – fait apparaître un degré d'invalidité de 10 % (cf. let. C.c supra), largement inférieur au seuil de 40 % ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007; cf. actuellement art. 28 al. 1 et 2 LAI), le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté. 5. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) 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'assurance-invalidité 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 1000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce,

- 36 - compte tenu de la charge liée à la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 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, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 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.