

VD_GERICHTE ZD14.009996 vom 30. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD14.009996

FR: VD_GERICHTE ZD14.009996 du 30 avril 2015

IT: VD_GERICHTE ZD14.009996 del 30 aprile 2015

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance- invalidité ; 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 et 58 LPGA, 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 PA (loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021) et des exigences minimales fixées par l'art. 61 LPGA. Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) qui prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) contre une décision de l'office AI du canton de Vaud et satisfaisant aux autres exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

- 17 -

E. 2

Le litige porte sur la suppression, par la voie de la révision ou de la reconsidération (par substitution de motifs), du droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité à partir du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision du 7 février 2014.

E. 3

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 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 al. 1 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 (première phrase). En vertu de 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, aux trois quarts d'une rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

E. 4

En premier lieu, au vu du texte même de la décision entreprise, laquelle indique que le courrier explicatif du même jour fait partie intégrante de la décision, on ne peut que constater que l'office AI a statué en invoquant des motifs de reconsidération et de révision dans la même décision. a) Selon la jurisprudence, la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) et la révision (art. 17 al. 2 LPGA) se distinguent et s'excluent l'une l'autre. Selon la définition usuelle, l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est prononcée, à condition qu'elle soit sans nul

- 18 - doute erronée et que sa rectification revête une importance notable. Elle procède au contraire à une révision, c'est-à-dire qu'elle augmente, réduit ou encore supprime, d'office ou sur demande, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force, si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement. Cela étant précisé, conclure à l'existence d'un motif de reconsidération implique par conséquent que la décision initiale était manifestement erronée, alors qu'admettre un motif de révision signifie implicitement que la décision initiale était correcte, mais que les circonstances dont dépendait son octroi avaient changé (TF 9C_536/2014 du 9 décembre 2014 consid. 3.1). Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est certainement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA. L'administration peut ainsi également modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision ne sont pas remplies. Cette faculté correspond à celle du juge de confirmer, le cas échéant, une décision de révision rendue à tort pour le motif substitué que la décision de rente initiale était sans nul doute erronée et que sa rectification revêt une importance notable. Le principe de la priorité de la reconsidération sur la révision permet donc à l'administration de reconsidérer une décision lorsque les conditions d'une révision ne sont pas réalisées. A plus forte raison, celle-ci peut procéder à une reconsidération lorsque l'instruction ne permet pas d'affirmer à coup sûr que les conditions d'une révision sont réalisées. Il serait en effet superflu de l'obliger à compléter l'instruction (avec tout ce que cela suppose de démarches dispendieuses) lorsque le caractère manifestement erroné de la décision initiale ressort clairement du dossier et qu'une reconsidération apparaît, pour ce motif, justifiée (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], Genève-Zurich-Bâle 2011, n. 3128, p. 847 et les références).

- 19 - b) La décision de l'office AI du 7 février 2014, en tant que motivée sous l'angle de la reconsidération, est justifiée. La décision originale du 26 octobre 2009 n'a pas fait l'objet d'un recours. Il existe une erreur quant à la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Celle-ci a été évaluée à l'époque par le Dr T._____, lequel a retenu, certes sans motivation, qu'il n'existait pas d'affection médicale susceptible au jour de l'expertise d'empêcher l'assurée de travailler à son taux antérieur d'environ 50% dans un emploi léger de téléphoniste. Ce médecin a néanmoins rapporté au passage que son évaluation était acceptée sur le fond par la patiente comme par ses médecins traitants. Le SMR adopte l'évaluation de la capacité de travail posée par le Dr T._____. C'est en fait au stade du projet de décision que l'erreur apparaît pour la première fois en ce sens que le 50% du 100% devient un 50% de 50%. L'expertise W._____, laquelle répond aux exigences jurisprudentielles pour se voir conférer pleine valeur probante (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ;

125 V 351 consid. 3a et les références citées) – ce qui n'est d'ailleurs pas contesté –, vient confirmer qu'à l'époque de la décision litigieuse, la capacité de travail de l'assurée était bien d'un 50% par rapport au plein temps de son activité habituelle. Dans l'hypothèse où la validation de l'avis du Dr T. _____ par les médecins traitants était contestée, cette expertise permet d'écarter une hypothétique contestation. On rappellera au surplus qu'il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant en raison de la relation de confiance qui unit ce dernier à son patient (voir ATF 125 V 351 consid. 3b/cc p. 353). Enfin, la troisième condition de la reconsidération est également réalisée dans la mesure où la rectification revêt incontestablement une importance notable. C'est ici le lieu de préciser que la part active/ménagère déterminée en 2009 n'est pas contestable. On ne saurait en l'occurrence appliquer la jurisprudence s'agissant des premières déclarations lorsque celle-ci consiste en un formulaire rempli à domicile, manifestement sans conseil d'un tiers expérimenté, alors que dans les actes subséquents de la procédure, cette part 50/50 ressort clairement des déclarations de l'assurée (rapport d'enquête ménagère du 26 juin 2009, observations sur le projet de décision du 11 octobre 2013) comme de l'attestation de son employeur du 4 juin 2014. Le choix d'une activité à

- 20 - 47% dès le 1er décembre 2004 ressort manifestement du nouveau statut de mère de l'assurée et ne découle pas de ses ennuis de santé. La date du 1er décembre 2004 correspond probablement à la fin du congé-maternité, ce qui explique qu'elle coïncide avec la réduction du taux d'activité de l'intéressée. A cela s'ajoute que la part 50/50 n'a pas été contestée au stade du projet de décision en 2009, ce qui se déduit du silence sur ce point dans les observations déposées alors.

E. 5

Cela étant, il reste à examiner le préjudice économique de la recourante. a) L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci: méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG; ATF 130 V 343 consid. 3.4), méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI; ATF 137 V 334; 130 V 393; 125 V 146). Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 137 V 334 consid. 3.1.1 et les références citées; ATF 128 V 29).

- 21 - Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique

d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; ATF 137 V 334 consid. 3.1.3; 131 V 51 consid. 5.1.2; cf. aussi consid. 5b infra). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses

- 22 - qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées; 117 V 194 consid. 3b). Comme exposé ci-dessus, lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore

- 23 - raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément à la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI; ATF 137 V 334 consid. 4.2; 130 V 61). Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 137 V 61 consid. 6.1 ; TF 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références). Les empêchements de l'assurée doivent être évalués en tenant compte de l'aide que l'on peut exiger des membres de la famille au titre de l'obligation de réduire le dommage (ATF 130 V 97 consid. 3.2; TF I 561/06 du 26 juillet 2007 consid. 5.2.1). b) Dans le cas présent, la capacité de travail résiduelle telle que médicalement établie à l'époque de la décision du 26 octobre 2009 correspondait au pourcentage de la part active ; le taux d'invalidité calculé sur cette part aurait ainsi dû être nul. Quant à l'invalidité ménagère, elle était de 15,657%. L'assurée n'avait donc pas droit à une rente. La condition de l'importance notable était donc réalisée elle aussi et l'office AI était ainsi légitimé à reconsidérer sa décision.

- 24 - En revanche, l'office AI ne pouvait simultanément procéder à une révision au sens de l'art. 17 LPGA, si c'est ainsi qu'il faut comprendre la lettre explicative du 7 février 2014. La décision de reconsidération n'étant pas entrée en force, elle ne peut être révisée. En revanche, et c'est vraisemblablement ce à quoi l'office AI a voulu procéder, il devait s'assurer, avant de rendre sa décision de reconsidération, de l'absence d'une modification de l'état de fait survenue depuis le 26 octobre 2009 susceptible d'entraîner un taux d'invalidité suffisant au maintien d'un quart de rente (cf. Valterio, op. cit., n. 3134 in fine et la référence citée). Et pour déterminer si une telle modification était survenue, l'office AI n'avait d'autre choix que d'apprécier la situation à l'aune des critères jurisprudentiels relatifs à l'art. 17 LPGA (TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1 et les références). L'expertise du Dr W. _____ a permis d'exclure une aggravation de l'état de santé et le dossier tel que constitué ne contient pas de rapports médicaux postérieurs à cette expertise attestant d'une aggravation entre la date de l'expertise et celle de la décision litigieuse. Ce sont en fait les observations de l'assurée sur son statut, au stade du projet de décision, qui ont incité l'office AI, à juste titre, à vérifier quelle était l'incidence d'un statut d'active à 80% et de ménagère à 20% sur la détermination du taux d'invalidité, étant rappelé que la modification de l'état de fait peut porter sur les atteintes à la santé comme sur les circonstances économiques personnelles à l'assuré. On doit admettre qu'il en va ainsi de la modification des parts active et ménagère lorsqu'est applicable la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Le moins que l'on puisse dire est que les observations de l'assurée du 11 octobre 2013 concernant son statut sont confuses, sauf sur la question du principe d'une augmentation de son taux d'activité dès sa fille autonome, respectivement

dès l'accès possible à des structures d'accueil moins onéreuses (dans l'hypothèse où elle était en bonne santé). On peut présumer, vu l'âge de l'enfant à la date de la décision, que l'assurée aurait augmenté son taux d'activité si elle avait été en bonne santé, pour atteindre au moins 70%, si ce n'est plus, ses explications

- 25 - n'étant pas précises sur le taux d'activité qui aurait effectivement été le sien en 2013 si elle était en bonne santé. Quoi qu'il en soit, que ce soit sous l'angle d'un taux de 60, 70, 80, 90 ou 100%, le droit à une rente n'est pas ouvert. En admettant une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, on obtient les degrés d'invalidité suivants, étant rappelé que le total des empêchements ménagers s'élève à 31,35% : Actif préjudice Ménage préjudice Total 60% 10% 40% 12,54% 22,54% 70% 20% 30% 9,40% 29,4 % 80% 30% 20% 6,27% 36,27% 90% 40% 10% 3,13% 43,13%, ce dernier taux pouvant donner droit à un quart de rente. Toutefois, compte tenu de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 138 I 205 consid. 3.1, 3.2 et 3.3), dans l'hypothèse d'un statut actif de 90% (comme d'ailleurs d'un statut actif entre 60 et 80%), il serait exigible de l'assurée d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dans laquelle à dire d'expert sa capacité de travail serait de 100% avec rendement réduit de l'ordre de 30% (cf. rapport d'expertise du Dr W. _____ du 1er mai 2013, pp. 21-22). c) Selon la jurisprudence, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, le revenu d'invalidé peut être évalué notamment sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2.1; TF 9C_900/2009 du 27 avril 2010

- 26 - consid. 3.3). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (cf. ATF 124 V 321 consid. 3b/bb; TF 9C_93/2008 du 19 janvier 2009 consid. 6.3.3). Dans le cas d'espèce, le salaire de référence pour des femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé (production et services) était, en 2012 (ESS 2012, TA1 ; niveau de qualification 1) de 4'112 fr., part au treizième salaire comprise. En tenant compte de la durée hebdomadaire de travail dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; La Vie économique 1/2 – 2015, p. 92 tableau B 9.2), ce montant doit être porté à 4'286 fr. 76, ce qui correspond à un salaire annuel de 51'441 fr. 12, soit 46'297 fr. 01 à 90%. Attendu que le rendement de la recourante est réduit d'environ 30%, le salaire exigible annuel s'élève à 32'407 fr. 91. Quant au salaire sans invalidité, il doit être fixé, sur la base des indications fournies par l'employeur en octobre 2010, à 43'889 francs. Indexé à l'année 2010 (1,1%), puis à 2011 (1%), il se monte à 44'815 fr. 50. Il s'ensuit un degré d'invalidité de 27,68% pour la part active auquel s'ajoute celui pour la part ménagère de 3,13% (10% de 31,35%), soit 30,81% au total. Dans l'hypothèse d'un statut d'active à 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 30%, le salaire exigible de l'assurée serait de 36'008 fr. 78 (70% de 51'441 fr. 12). En le comparant avec un gain sans invalidité de 49'795 fr. 45, le taux d'invalidité serait de 27,68%. Pour le surplus, un abattement (cf. sur cette question ATF 126 V 75 consid. 5) sur le revenu d'invalidé n'y changerait rien. S'agissant du taux, on retiendra que la recourante est encore relativement jeune, qu'elle est titulaire d'un permis d'établissement, qu'elle est bien intégrée, au bénéfice d'une formation achevée en Suisse et dispose d'une longue expérience dans le domaine commercial. Dans ces circonstances, le taux d'abattement ne saurait excéder 10%, d'autant plus que les limitations fonctionnelles présentées par la recourante (découlant pour l'essentiel de sa fatigabilité) ont déjà justifié

une diminution de rendement de 30%. Il s'ensuit un salaire

- 27 - d'invalidité de 32'407 fr. 90 (36'008 fr. 78 – 10%) lequel, comparé à un gain sans invalidité de 49'795 fr. 45, conduit à un taux d'invalidité de 34,91%. En ce qui concerne le statut d'active à 90%, le salaire exigible annuel s'élèverait, après réduction, à 29'167 fr. 12 (32'407 fr. 91 – 10%). En comparaison avec un gain sans invalidité de 44'815 fr. 50, il s'ensuit un degré d'invalidité de 34,91% pour la part active auquel s'ajoute celui pour la part ménagère de 3,13% (10% de 31,35%), soit 38,04% au total. d) Dans ces conditions, il est donc vain de renvoyer la cause à l'office AI pour qu'il complète l'instruction sur la modification exacte du statut de l'assurée et actualise auprès de l'employeur le salaire sans atteinte à la santé.

E. 6

a) En définitive, le recours, mal fondé doit être rejeté et la décision de l'office AI du 7 février 2014 en tant qu'elle reconsidère la décision du 26 octobre 2009 et supprime le droit au quart de rente est donc confirmée. 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 l'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD). c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

- 28 -

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