

VD_GERICHTE ZD15.042124 vom 16. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD15.042124

FR: VD_GERICHTE ZD15.042124 du 16 mars 2017

IT: VD_GERICHTE ZD15.042124 del 16 marzo 2017

Erwägungen

E. 26

août 2010. Il se déterminait notamment comme suit s'agissant des questions posées par l'OAI : « A.1. Déterminer quelles limitations fonctionnelles (LF) subsisteraient malgré le traitement médical. Réponse : Les limitations fonctionnelles ont diminué en quatre ans par l'évolution naturelle des pathologies présentées et par des mesures prises par l'expertisée elle-même. Un traitement médical, psychothérapeutique ou médicamenteux, n'est pas imposable ou exigible dans ce cas. Il n'aurait rien changé aux limitations fonctionnelles qui subsistent. A.2. Déterminer la capacité de travail (CT) dans l'activité habituelle de dentiste après traitement. Réponse : Un traitement médical, psychothérapeutique ou médicamenteux, n'est pas imposable ou exigible dans ce cas et compte tenu de l'évolution depuis quatre ans, n'aurait rien changé dans la capacité de travail en tant que dentiste, qui reste et restera nulle en raison de la psychopathologie. A.3. Déterminer la capacité de travail dans une activité adaptée après traitement. Réponse : L'expertisée, qui veut rester active professionnellement et qui sans qu'on le lui impose a entrepris elle-même une réinsertion professionnelle, retrouve progressivement une capacité de travail dans une activité adaptée en tant qu'enseignante [...]. Sa capacité de travail est actuellement encore à 0% dans sa future nouvelle activité d'ici fin mars 2011, puis, progressivement, elle atteindra un

- 8 - maximum envisageable possible de 50% pendant un an ou deux ans indépendamment de tout traitement médical et avec les réserves habituelles décrites dans le pronostic de l'expertise. B. Déterminer ce que l'assurée peut faire ou ne pas faire comme tâches ménagères en fonction de ses LF objectives (s'agissant de troubles psychiques exclusivement, les empêchements ménagers chiffrés à 20% me semblent particulièrement élevés => il faut donc déterminer quels empêchements sont réellement justifiés sur le plan médical) Réponse : Sur le plan pratique, il y a eu une enquête économique sur le ménage avec un rapport détaillé du 4 mars 2010 qui décrit une évaluation point par point par une spécialiste. Sur le plan psychiatrique, en dehors des moments dépressifs et anxieux liés à la dysthymie, il n'y a pas de limitation aux tâches ménagères et l'expertisée (comme le décrit l'ICD-10) reste habituellement capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Mais, à cause de sa pathologie, l'expertisée subit des moments de dépression et d'angoisse, à des fréquences et des durées très variables, et le chiffre de 20% de limitations fonctionnelles globales dans un ménage me semble approprié. Ainsi, en tenant compte de ses limitations et en étant reconnue comme limitée, elle peut éviter le sentiment subjectif pathologique d'être envahie ou débordée par ses tâches, ce qui diminue l'anxiété et le sentiment dépressif pathologique dont elle souffre et ce qui réduit l'émotivité disproportionnée liée à sa structure de personnalité pathologique. ». Dans un avis du 28 octobre 2010, le SMR a relevé une contradiction entre le complément d'expertise du Dr G. _____ et ses précédentes prises de position ; il s'interrogeait sur l'incapacité de travail

attestée et le fait que l'assurée suivait une formation. Cela étant, il a considéré que l'état de santé psychique de l'assurée n'était pas stabilisé, de sorte que la capacité de travail ne pouvait pas être appréciée dans l'activité habituelle de l'assurée ou dans une activité adaptée. Il proposait de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique indépendante trois mois après la date de la stabilisation de l'état de santé telle que retenue par l'expert, soit après le 1er juillet 2011.

- 9 - Le 4 avril 2011, à la demande de l'OAI, le Dr G._____ a précisé qu'un traitement psychiatrique n'avait pas de chance de succès s'il était imposé à un assuré et que des psychotropes ne pouvaient pas être administrés contre le consentement du patient. Il a par ailleurs justifié l'amélioration de l'état de santé à la fin de la formation par le fait que dite formation – et sa réussite – permettrait une valorisation qui diminuerait par exemple l'anxiété. Le 16 mai 2011, l'assurée a exposé à l'OAI avoir débuté une formation pédagogique en août 2007 et l'avoir terminée avec succès en mars 2011. Les cours avaient lieu plusieurs soirs par semaine (le lundi de 18h15 à 21h45 et le mercredi de 19h à 21h45), dix week-ends par année (le vendredi de 18h30 à 21h45 et le samedi de 8h30 à 16h30), auxquels étaient ajoutés quelques stages. Elle avait également effectué un remplacement de six mois en 2010, à raison d'une période par semaine en travaux manuels et était engagée par l'Association de l'Ecole T._____ de [...] pour un remplacement du 21 mars au 1er juillet 2011, avec un horaire de 18 heures hebdomadaires et un revenu mensuel brut de 3'436 fr. 35. Dans un avis juriste interne à l'OAI du 24 mai 2011, il était notamment relevé que l'incapacité de travail totale attestée par le Dr G._____ était en contradiction avec le fait que l'assurée avait pu se former pendant plus de 3 ans. De plus, dans la mesure où l'assurée ne prenait plus d'antidépresseurs depuis 2007 et qu'elle avait débuté une formation en août 2007, il y avait vraisemblablement eu une amélioration de son état de santé. Finalement, l'horaire de travail depuis son engagement en mars 2011 correspondait à un statut de 50% active. Sur cette base, l'OAI a décidé la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique auprès de la Dre C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. La Dre C._____ a examiné l'assurée le 8 novembre 2011. Dans son rapport d'expertise du 22 novembre suivant, elle a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de personnalité émotionnellement labile type borderline, mal compensée depuis 2001 et

- 10 - présente depuis « jeune adulte », et de trouble dépressif récurrent actuellement en rémission, premier épisode en 1998, deuxième épisode en 2001 et en rémission depuis 2007. Elle a retenu, comme sans effet sur la capacité de travail, le diagnostic de dysthymie, présent depuis « jeune adulte ». Dans l'anamnèse, la Dre C._____ exposait que depuis 10 jours, à raison de trois demi-journées par semaine (lundi matin, mercredi après-midi, vendredi matin), l'assurée travaillait en qualité d'assistante dentaire pour aider son mari au cabinet. Dans les tâches ménagères, elle faisait les courses, les repas et la lessive ; la femme de ménage était présente deux fois par semaines, alors qu'elle venait auparavant tous les jours. L'experte a apprécié la situation comme suit : « A l'examen clinique, l'expertisée présente une labilité de l'humeur avec une thymie abaissée. Des ruminations sont parfois présentes, accompagnées d'une diminution de la confiance en soi. Je n'ai pas objectivé d'autres éléments florides de la lignée dépressive. Les symptômes ci-dessus correspondent à une dysthymie. De même, la notion de 2 épisodes dépressifs suivis de rémissions permet de retenir, selon la CIM-10, un diagnostic de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission depuis 2007. La problématique majeure est celle d'un

trouble de la personnalité se manifestant par un fonctionnement dans le « tout ou rien », des clivages, une difficulté à gérer ses émotions et les relations affectives, s'accompagnant d'épisodes d'angoisse. Bien que l'expertisée ait suivi diverses thérapies (auprès de psychiatres et de non médecins), cette personnalité reste mal compensée. Cependant, aucun épisode dépressif majeur n'est survenu depuis 2007. Ce trouble de personnalité se manifeste par une instabilité de l'humeur et ponctuellement des bouffées d'angoisse. Le trouble de personnalité entraîne comme limitations un fonctionnement dans le « tout ou rien », un perfectionnisme, le sentiment de ne jamais être à la hauteur, donc incompétente, une vulnérabilité au stress due à un abaissement du seuil anxiogène et une propension à l'agir. Ces limitations empêchent l'activité de médecin dentiste, ceci d'autant plus que Madame n'a plus exercé ce métier depuis 2001. D'autre part, Madame n'a pas les ressources psychiques nécessaires pour gérer le stress dans cette activité. Dans une activité adaptée, telle assistante dentaire comme l'effectue Mme O. _____ et comme enseignante de travaux manuels à l'école T. _____, la capacité de travail est de 60% (d'un 100%). Comme ménagère, à ce jour, Madame ne présente pas de limitation.

- 11 - Au vu de ce qui précède et du dossier, on peut admettre une amélioration de la santé psychique depuis 2007. Cette amélioration a permis à l'expertisée de débiter une formation pédagogique à l'école T. _____, d'obtenir un diplôme et d'effectuer un remplacement pendant 6 mois, montrant ainsi des compétences et des ressources. On peut donc admettre une incapacité de travail de 100% depuis août 2001 jusqu'à juillet 2007. Dès août 2007 (début d'une formation pédagogique à l'école T. _____) jusqu'à ce jour, l'incapacité de travail est de 40%. Au vu de l'évolution, le pronostic paraît favorable quant au maintien d'une activité professionnelle adaptée, ceci vraisemblablement à temps partiel au vu du trouble de la personnalité et de la fragilité psychique. Cette situation est à réévaluer dans 2 ans. ». Au terme de son rapport, la Dresse C. _____ rappelait que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de médecin- dentiste, de 60% (d'un 100%) dans une activité d'assistante dentaire ou d'enseignante de travaux manuels à l'école T. _____ et entière, sans diminution de rendement, comme ménagère ; aucune mesure de réadaptation professionnelle susceptible d'augmenter la capacité de travail n'était envisageable, ni dans les activités d'assistante dentaire ou d'enseignante de travaux manuels eu égard au fait que ces activités étaient appropriées au taux de 60%. En outre, au vu de l'évolution du trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline, mal compensée, et des diverses thérapies entreprises jusqu'alors, il paraissait douteux qu'un suivi psychiatrique puisse améliorer la capacité de travail ; a contrario, le traitement médicamenteux de millepertuis (Jarsin) était exigible et devait être poursuivi. Finalement, la Dresse C. _____ précisait que l'assurée pouvait travailler dans un milieu comportant peu de stress, que l'activité adaptée pouvait être exercée 5 heures par jour et qu'il n'y avait pas de diminution de rendement dans une activité à 60% (d'un 100%). L'OAI a chargé le service d'enquête pour les indépendants de fixer le revenu sans invalidité de l'assurée. Dans le rapport rédigé le 21 décembre 2011, il ressortait notamment ce qui suit :

- 12 - « D'après les pièces au dossier, Madame O. _____ partageait le cabinet de son mari et de son beau-père, également dentistes de formation. Elle travaillait en tant qu'indépendante et « chaque dentiste gérait sa propre clientèle (...) seuls les frais fixes du cabinet étaient partagés à parts égales » (cf. enquête économique sur le ménage du 04.03.2011). Au vu de ce qui précède, l'examen des documents comptables en notre possession (comptes 1997 à 2002) ne nous permettent (sic) pas de calculer le revenu

hypothétique sans atteinte à la santé car Madame O. _____ s'est trouvée en incapacité de travail au cours des années 1998 à 2002. Plutôt que de solliciter les comptes des années 1993 à 1996 plus de 15 ans après leur bouclage, nous proposons d'analyser les revenus figurant sur l'extrait de compte individuel (CI) de Madame O. _____. Nous pouvons constater une augmentation régulière entre 1989 et 2000. Relevons qu'à l'époque les revenus étaient inscrits avec un décalage de 3 ans, à savoir que les montants comptabilisés en 1999 l'étaient sur la base des revenus de l'année 1996. L'évolution étant constante, nous proposons de prendre en compte le revenu de 1996 (1999 sur le relevé du CI), à savoir Sfr. 80'200.-, en admettant qu'il s'agit du résultat d'une activité professionnelle exercée à 50% et de l'indexer pour obtenir un revenu hypothétique actualisé. Ne sachant pas quelle année doit être prise en considération pour la détermination du RS [revenu sans invalidité], nous proposons le tableau suivant. Revenu hypothétique pour une activité de dentiste à 50% :

Année	2007	2008	2009	2010	RS 1996 selon CI
Revenu	80'200	80'200	80'200	80'200	80'200
Indice des salaires nominaux	2'117	2'117	2'117	2'117	2'454
Indice des salaires nominaux de 1996	2'499	2'552	2'579		

année en cours Revenu indexé 92'967 94'672 96'679 97'702 S'agissant de déterminer le revenu hypothétique pour 2011, ne disposant pas encore de l'indice de référence, nous proposons de retenir un taux d'indexation 2010-2011 de 1.33% tel qu'il ressort de l'évolution du salaire de référence pour l'application de l'art. 26 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]. Le RS ainsi déterminé se monte à Sfr. 99'001.- pour 2011. ». Dans une notice d'entretien téléphonique avec le secrétariat de la Formation T. _____ du 6 mars 2012, le service de réadaptation de

- 13 - l'OAI a exposé que la formation T. _____, d'une durée de 3 ans et demi, coûtait 16'950 francs. Le certificat obtenu à l'issue de la formation n'était cependant reconnu qu'auprès d'une école T. _____ (33 écoles en Suisse et autant d'autres à l'étranger) mais il y avait une recherche constante d'enseignants pour cette école. Le salaire, pour un poste à plein temps, s'élevait à 4'300 fr., étant précisé que l'école ne touchait pas de subventions de l'état et fonctionnait essentiellement sur les donations ; les gens qui y travaillaient le faisaient essentiellement par passion et conviction pédagogique. Le SMR, dans un avis du 1er mars 2012, s'est rallié à l'appréciation de la Dresse C. _____ et a considéré que les empêchements absents les lundis et mercredis – jours de formation – l'étaient aussi les autres jours de la semaine et ce en accord avec les diagnostics retenus antérieurement tant par les médecins de l'assurée que par le Dr G. _____ dans ses rapports d'expertise. Il relevait en outre que le fait d'avoir suivi une formation pédagogique 3 heures 30 d'affilée établissait bien que si des empêchements persistaient encore, ils étaient minimes. De plus, dans l'exercice de la profession d'enseignant à temps partiel, 3 heures 30 d'affilée reproduisait une durée de travail maximale lors d'une demi-journée. Par lettre du 8 mai 2012 à l'assurée, l'OAI s'est prononcé sur le complément d'instruction tant médical qu'économique. Il exposait que la Dresse C. _____, dont l'expertise avait pleine valeur probante, reconnaissait une amélioration de l'état de santé dès fin juillet 2007, en raison de la formation entreprise dans le domaine de l'enseignement et de l'arrêt de la médication anti-dépressive ; les limitations fonctionnelles empêchaient la reprise de l'activité habituelle de dentiste mais la capacité de travail exigible était de 60% dans une activité adaptée. L'OAI relevait que la question du statut (détermination du temps consacré à une activité lucrative et du temps consacré à la tenue du ménage) avait été réétudiée et qu'il ressortait de l'enquête ménagère que l'activité de dentiste aurait été poursuivie à 50%, sans atteinte à la santé. Il ajoutait que s'agissant des empêchements ménagers, compte tenu de l'atteinte

psychique,

- 14 - l'appréciation de la Dresse C. _____ l'emportait sur les empêchements retenus par l'enquêtrice. Par décision du 15 août 2012, confirmant intégralement un projet du 30 mai 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1er octobre 2002 au 31 octobre 2007, selon la motivation suivante : « Résultat de nos constatations : Suite au jugement de la Cour des Assurances Sociales du 23 juin 2009, nous avons repris l'instruction de votre dossier. Pour des raisons de santé vous avez présenté une incapacité de travail ininterrompue dès le 11 août 2001. C'est à partir de cette date qu'est fixé le délai d'attente d'une année prévu par l'article 28 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]. A l'échéance du délai en question, soit au 11 août 2002, votre incapacité de travail était toujours totale dans toute activité lucrative, de sorte que le droit à une rente était théoriquement ouvert. En effet, lorsque la demande de prestations AI est déposée plus de 12 mois après la naissance du droit, les prestations ne peuvent être allouées que pour les 12 mois précédant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI). Votre demande déposée le 2 octobre 2003 est tardive. La rente ne peut donc être allouée que dès le 1er octobre 2002. Selon les renseignements en notre possession il ressort de l'enquête ménagère, effectuée à votre domicile en date du 4 mars 2011, que sans atteinte à la santé, vous auriez poursuivi votre activité de dentiste à 50%. Les 50% restants correspondent à vos travaux habituels. Au vu de votre atteinte psychique, nous avons tenu compte de l'appréciation de l'expert en ce qui concerne les empêchements ménagers. Dans votre cas, l'expert estime que votre état de santé n'engendre pas d'empêchements ménagers objectifs. Pour déterminer votre taux d'invalidité, nous procédons selon la méthode mixte, soit selon la méthode de comparaison des revenus pour la part active et selon la méthode de comparaison des champs d'activité pour la part ménagère. Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Active 50% 100% 50% Ménagère 50% 0% 0%

- 15 - Degré d'invalidité 50% Par ailleurs, si la capacité de travail s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement modifie, le cas échéant, le droit à la rente dès qu'il a duré trois mois. Selon les pièces médicales portées au dossier et examen de ces dernières par le Service médical régional, force est de constater que dès août 2007 une capacité de travail de 60% peut être exigible de vous dans une activité adaptée telle qu'assistante dentaire et comme enseignante de travaux manuel. Selon le rapport de notre service de réadaptation, l'activité d'assistante dentaire que vous exerciez au moment de l'expertise de novembre 2011 et pour laquelle vous présentez toutes les compétences nécessaires est adaptée à votre état de santé et permet de réaliser un revenu annuel de CHF 34'794.00 à 50% pour l'année 2007, selon l'étude sur la structure des salaires, TA1 dans le domaine de la santé pour des personnes avec des connaissances spécialisées. En bonne santé, vous auriez pu prétendre dans votre activité habituelle de dentiste à un revenu annuel de CHF 92'967.00, pour l'année 2007. Le degré d'invalidité résultant des deux domaines est le suivant. Comparaison des revenus : sans invalidité CHF 92'967.00 avec invalidité CHF 34'794.00 La perte de gain s'élève à CHF 58'173.00 = un degré d'invalidité de 62.57% Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Active 50% 62.57% 31.28% Ménagère 50% 0% 0% Degré d'invalidité 31% Des mesures professionnelles ne sont pas nécessaires dans votre cas puisque vous pouvez exercer l'activité d'assistante dentaire et que d'après notre service de réadaptation aucune mesure professionnelle ne permettrait de gagner un salaire supérieur à celui que vous pouvez réaliser dans votre activité. Notre décision est par conséquent la suivante : A partir du 1er octobre 2002, soit 12 mois précédant le dépôt de la demande le

droit à une demi-rente (degré d'invalidité: 50%) est reconnu. Cette prestation est supprimée dès le 1er novembre 2007, soit après le délai de 3 mois, prévu à l'article 88a, al. 1, RAI, précité. De plus, nous tenons à relever que la décision du 21 avril 2008 vous octroyant une rente entière pour la période du 1er octobre 2002 au

- 16 -

E. 31

décembre 2002 [RO 1959 p. 857] ; selon l'art. 16 LPGA pour la période du 1er janvier au 31 décembre 2003 [RO 2002 p. 3371] ; selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3837], en corrélation avec l'art. 16 LPGA) ; méthode spécifique de comparaison des champs d'activité, applicable aux assurés non actifs selon l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI (selon l'art. 27 RAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1984 au 31 décembre 2003 [RO 1983 p. 912] ; selon l'art. 28 al. 2bis LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3837], en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI) ; méthode mixte, applicable aux assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel selon l'art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI (selon l'art. 27bis RAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2003 [RO 2000 p. 1199] ; selon l'art. 28 al. 2ter LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 [RO 2003 p. 3837], en corrélation avec l'art. 27bis RAI). La détermination du statut de l'assuré s'effectue en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, en tenant compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 125 V 146 consid. 2c ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; TFA I 707/2001 du 20 février 2003 consid. 2.1). Il s'agit d'une appréciation hypothétique qui doit prendre en compte également des intentions

- 35 - hypothétiques de la personne assurée, lesquelles ne peuvent pas être prouvées directement mais doivent en règle générale être déduites d'indices externes (TFA I 693/2006 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). 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 (ATF 137 V 334 consid. 3.1.3 et les références citées). d) Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur la question de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité et, à cette occasion, a pris position sur les critiques régulièrement formulées par la doctrine à propos de cette méthode (cf. ATF 137 V 334). De cet arrêt du 8 juillet 2011, il ressort notamment ce qui suit : 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'invalidé). 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 –

- 36 - 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). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2). 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 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 aux chiffres 3079 et suivant de la Circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 130 V 61 ; ATF 128 V 93 ; TF I 246/2005 du 30 octobre 2007 consid. 5.2.1 et les références citées, in SVR 2008 IV n° 34 p. 111 ; voir également ATF 133 V 504 consid. 4). Tel que défini à la base, le risque « invalidité » comporte ainsi, selon la jurisprudence, deux composantes distinctes et opposées. Les critères sur lesquels se fonde l'évaluation de l'invalidité diffèrent selon que l'on a affaire à une personne exerçant ou n'exerçant pas d'activité lucrative ; dans le premier cas, on tient compte de l'incapacité de gain, laquelle s'évalue sur la base de critères économiques ; dans le second cas,

- 37 - on prend en considération l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels, qui résulte d'un examen empirique d'une situation factuelle particulière. Une même atteinte à la santé peut ainsi aboutir à des degrés d'invalidité différents en fonction de la méthode avec laquelle elle a été appréciée (ATF 137 V 334 consid. 5.3). e) A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de cause, 15 % (ATF 137 V 334 consid. 4.3 ; ATF 134 V 9 ; voir également TFA I 156/2004 du 13 décembre 2005 consid. 6.2, in SVR 2006 IV n° 42 p. 151, et TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4). Selon le Tribunal fédéral, la prise en considération d'effets réciproques dommageables ne peut avoir lieu que s'il ressort du dossier que la documentation pertinente (rapports médicaux et enquêtes ménagères) a été établie en méconnaissance de la situation prévalant dans l'un et l'autre champ d'activité et uniquement s'il existe des indices concrets plaidant en faveur d'une diminution de la capacité d'exercer une activité en raison des efforts consentis dans l'autre activité (TF 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2.2). 4. a) 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. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; TF 8C_24/2010 du 27 décembre 2010 consid. 2). La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne

- 38 - assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 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 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATF 114 V 310 consid. 2c ; ATF 105 V 156 consid. 1 ; TF 9C_791/2008 du 27 mai 2009 consid. 3.1 ; TFA I 274/2005 du 21 mars 2006 consid. 1.1). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de

- 39 - nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; TF 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 3b/aa et les références citées ; TF 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). 5. En l'espèce, la

recourante critique l'instruction menée par l'intimé, considérant que les compléments d'expertise de la Dresse C. _____ ne sont pas probants et ne permettent pas d'examiner la question de son incapacité ménagère ni celle de la modification de son état de santé depuis le mois de novembre 2011. Il convient de relever que la Cour de céans a déjà jugé dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013) que l'intéressée présente un statut de 50% active et 50% ménagère. Il y a donc lieu d'examiner si les pièces médicales au dossier permettent de déterminer dans quelle mesure ses atteintes à la santé impactent sa capacité à tenir son ménage et, le cas échéant, s'il existe des effets réciproques entre l'activité ménagère et professionnelle. a) S'agissant de la capacité de travail, il est constant, d'une part, que la recourante présente depuis le 11 août 2001 une incapacité de travail totale durable dans son activité habituelle de médecin-dentiste en raison de ses troubles psychiques, ce fait n'ayant jamais été remis en cause et ayant été établi de manière convaincante par les médecins et,

- 40 - d'autre part, qu'elle dispose dès le 1er août 2007 d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée comme celle d'assistante dentaire, cela ayant déjà été jugé et confirmé par la Cour de céans dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013). Ces éléments concernent la situation de l'intéressée jusqu'à l'expertise de novembre 2011. Quant à la capacité de la recourante à tenir son ménage, la Dresse C. _____, dans son complément d'expertise du 5 décembre 2014, a exposé que les limitations liées au trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensée (vulnérabilité au stress, diminution du seuil anxiogène, manque de confiance en soi) n'interféraient pas dans une activité ménagère. Selon cette experte, les limitations décrites par l'intéressée dans l'activité ménagère étaient d'ordre subjectif et ne pouvaient pas être expliquées par ledit trouble de personnalité. Elle a relevé que le sentiment d'être par moments débordée, anxieuse et émotive n'avait pas empêché la recourante d'effectuer plusieurs formations, soit d'accompagnement de personnes en fin de vie, de médiatrice et d'enseignante, soulignant que ces activités nécessitaient de la concentration ainsi qu'une gestion de ses émotions et étaient souvent anxiogènes et chargées d'émotion, contrairement aux activités ménagères. Elle a ainsi considéré qu'hormis une incapacité entière comme ménagère du 18 août à fin septembre 2001 en raison d'une hospitalisation à la clinique J. _____ pour un épisode dépressif sévère, qui a connu une amélioration notable dès octobre 2001, on ne pouvait retenir aucune incapacité dans l'activité de ménagère d'octobre 2001 à novembre 2011. Elle a confirmé et précisé sa position le 12 août 2015 en indiquant que le fait que la recourante s'occupe d'une classe d'enfants, même en tant qu'aide enseignante, nécessitait une concentration, une présence relationnelle et de faire respecter une discipline, contrairement aux activités ménagères (faire le ménage, la lessive, les courses et les repas) qui n'impliquaient pas de telles compétences, en particulier pas de concentration élevée et supérieure à celle d'assistante dentaire ou d'aide enseignante. Elle a encore souligné que les activités ménagères n'engendraient pas de stress majeur ou d'anxiété insurmontable,

- 41 - précisant que l'intéressée gérait un ménage de deux personnes et pouvait effectuer ses tâches à son rythme et sans horaire particulier à respecter. Invitée à se déterminer sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'était modifié depuis l'expertise de novembre 2011, la Dresse C. _____ a exposé, dans ses rapports des 26 décembre 2014 et 12 août 2015, que l'état de santé actuel de l'intéressée était superposable à celui constaté en novembre 2011, les diagnostics étant les mêmes, tout comme les limitations y relatives, soit une difficulté à gérer les émotions, ponctuellement des moments d'angoisse, une réduction

du seuil anxiogène, des fluctuations de l'humeur, un fonctionnement dans le « tout ou rien » et une diminution de la confiance en soi. Elle a précisé que depuis 2011, l'évolution de l'expertisée était marquée par des fluctuations de l'humeur et des crises d'angoisse comme les connaissent les personnalités souffrant de trouble émotionnellement labile, de type borderline, ce type de personnalité évoluant ponctuellement par crises puis retrouvait un fonctionnement au quotidien. Elle a relevé que la recourante n'avait pas nécessité une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique et que selon les dires de celle-ci, elle n'aurait pas connu de périodes de crise pendant plusieurs mois l'empêchant d'exercer son activité d'enseignante en travaux manuels. Compte tenu de ces éléments et des limitations fonctionnelles, la Dresse C._____ a confirmé une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de médecin-dentiste, une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée depuis le 1er août 2007 et une pleine capacité dans les activités ménagères. b) L'appréciation de la Dresse C._____, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels précités (cf. supra consid. 4), est probante. En particulier, les avis divergents des Drs N._____ et B._____ ne permettent pas de la remettre en cause. Le Dr N._____, qui suivait la recourante depuis le 1er février 2011, a décrit une péjoration de l'état psychique de sa patiente, caractérisée par une fluctuation de l'état psychique et une exacerbation de la labilité émotionnelle, qui l'a amené à

- 42 - proposer un nouveau suivi spécialisé chez le Dr B._____ dès avril 2013 et à modifier le traitement mis en place, insuffisamment efficace, par un antidépresseur dès octobre 2013. Or, les fluctuations de l'état psychique de l'intéressée ont été prises en compte par la Dresse C._____ dans le cadre de son analyse et le Dr N._____, au demeurant non spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'explicite pas en quoi la prétendue péjoration de l'état psychique de l'intéressée influencerait sa capacité de travail dans une activité professionnelle ou ménagère ni ne décrit de limitations y relatives. Quant au Dr B._____, qui suivait la recourante depuis le 26 avril 2013 à raison d'une fois par mois, il a contesté le fait que l'état de santé actuel était superposable à celui de novembre 2011, ayant constaté au cours de son suivi une évolution de l'état psychique de sa patiente et qu'elle témoignait de véritables efforts pour essayer de surmonter son état anxio-dépressif majeur qui l'envahissait par vagues. Il a relevé que le seul élément permettant d'étayer la démonstration de la Dresse C._____ était le fait que la recourante avait pu effectuer un certain nombre d'activités et de formations. Il a concédé qu'elle était certes capable d'effectuer un certain nombre de tâches et d'activités, relevant néanmoins que ce constat ne pouvait pas occulter le fait que toutes ces activités, comme sa vie affective, émotionnelle et relationnelle, étaient marquées par d'intenses fluctuations, ponctuées par des périodes d'intenses désarrois qui la paralysaient et l'empêchaient de mener à bien un grand nombre de ses projets ou de ses activités. Il a exposé que cette intense fluctuation émotionnelle, qui se traduisait souvent par des épisodes de pleurs, de réactivation anxieuse et de repli sur elle-même, constituait un véritable handicap, soulignant que c'était sur la base de cet état pathologique que la rente lui avait été accordée et qu'un constat d'incapacité de travail à 100% lui avait été reconnu. Selon lui, l'état psychique de l'intéressée retentissait sur tous les secteurs d'activité (professionnel et ménager), à un point tel que par moments, elle pouvait se retrouver confinée dans son lit, incapable d'exercer une quelconque activité qu'elle soit ménagère ou autre. Ceci apparaît cependant en contradiction avec ce qu'a relaté la Dresse C._____ dans son rapport du 12 août 2015, soit que « selon les dires de [la recourante], elle n'aurait pas connu de périodes de crise pendant plusieurs mois l'empêchant

- 43 - d'exercer son activité d'enseignante en travaux manuels ». De plus, on ne peut que constater à nouveau que les fluctuations de l'état psychique de l'intéressée ont été prises en compte par cette experte dans le cadre de son analyse et font partie de sa maladie. En outre, le Dr B. _____ n'explique pas précisément en quoi sa patiente serait limitée dans les activités ménagères, se contentant d'indiquer de manière générale et théorique qu'il était « peu pensable et peu imaginable » qu'une personne souffrant d'un trouble tel que celui de la recourante puisse, d'une part, connaître d'importantes difficultés à mener une activité professionnelle continue et structurée et, d'autre part, mener une activité régulière et stable dans un autre domaine de sa vie tel que celui des tâches ménagères. On ne saurait d'ailleurs suivre le Dr B. _____ lorsqu'il affirme que la recourante connaît d'importantes difficultés à mener une activité professionnelle continue et structurée dès lors qu'elle dispose d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. Enfin, le reproche selon lequel l'experte n'a pas décrit l'état de santé de l'intéressée au-delà de l'année 2011 tombe à faux dès lors qu'elle a relaté les plaintes et le status ressortant de son examen du 3 décembre 2014 dans son rapport du 12 août 2015. On constate ainsi que les Drs N. _____ et B. _____, consultés par la recourante, ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par la Dresse C. _____ et permettraient de mettre en doute la pertinence de son analyse, leur avis paraissant constituer une appréciation différente d'une même situation. Les griefs soulevés par la recourante ne permettent pas non plus de remettre en cause le caractère probant de l'appréciation de la Dresse C. _____. En effet, un expert sollicité dans le cadre d'une instruction se prononce nécessairement de manière rétroactive sur une situation préexistante à son mandat. On peut par ailleurs relever que la prénommée a pris en compte l'ensemble des éléments du dossier antérieurs à son examen complémentaire du 3 décembre 2014 avant de prendre position. En outre, on ne saurait reprocher à cette experte de ne pas avoir indiqué pour quelles raisons précises elle s'était distanciée des conclusions divergentes du rapport d'enquête ménagère du 4 mars 2010 et du rapport d'expertise complémentaire du Dr G. _____ du 30 août

- 44 - 2010 concernant les empêchements ménagers. En effet, la Cour de céans a déjà jugé dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013) que les rapports précités ne permettaient pas de déterminer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, les empêchements que rencontrerait l'intéressée dans son activité ménagère, si bien que la Dresse C. _____ n'avait pas à se déterminer à leur sujet. La recourante soutient également que la tenue du ménage serait source d'anxiété et de stress lié au résultat, au contraire des formations qu'elle a entreprises principalement dans un but thérapeutique et de son activité d'aide enseignante, de sorte que le raisonnement qu'en a déduit l'experte serait erroné. Cette position ne saurait être suivie. Tenant compte des déclarations de l'intéressée et de ses limitations, la Dresse C. _____ a indiqué de manière convaincante que l'activité de ménagère n'engendrait pas de stress majeur ou d'anxiété insurmontable et, en particulier, ne nécessitait pas de gestion des émotions, de relations avec autrui, de compétences particulières ou de confiance en soi, au contraire de l'accompagnement de personnes en fin de vie, de la médiation et de l'aide à l'enseignement. Le fait que le ménage de la recourante était à l'époque composé de quatre personnes ne permet pas d'admettre un caractère anxiogène et émotionnel supérieur aux formations entreprises et à l'aide à l'enseignement, ce d'autant plus qu'elle disposait d'une femme de ménage. On peut encore relever concernant l'activité d'aide enseignante à l'école T. _____ qu'elle a nécessité une formation de quatre ans débutée en août 2007, à raison de deux jours par semaine et de dix fins de semaine par année, au cours desquels l'intéressée a dû effectuer de nombreux

stages dans des classes et présenter des travaux écrits, ce qui impliquait nécessairement des exigences de rendement susceptibles d'engendrer de l'anxiété et du stress auxquels elle a su faire face. Par ailleurs, on ne voit pas en quoi le prétendu but thérapeutique des formations entreprises aurait préservé la recourante de la charge émotionnelle et du stress inhérents à l'accompagnement de personnes en fin de vie et à la médiation. Enfin, dès lors que la Dresse C. _____ n'a retenu aucun empêchement dans la sphère ménagère, il ne saurait lui être reproché de ne pas avoir examiné les effets réciproques des

- 45 - empêchements constatés dans l'activité professionnelle et dans l'activité ménagère. Au vu de ce qui a été exposé, force est de constater que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause ont été suffisamment élucidés par l'intimé. Il y a donc lieu de retenir, conformément à l'avis de la Dresse C. _____, que la recourante présente une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de médecin- dentiste depuis le 11 août 2001 et dispose, d'une part, d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée depuis le 1er août 2007 et, d'autre part, d'une pleine capacité dans son activité de ménagère. c) Il y a dès lors lieu de vérifier d'office le calcul du degré d'invalidité opéré par l'intimée selon la méthode mixte, déterminant le droit à une rente. Il convient de relever à cet égard que la recourante ne remet pas en cause le principe de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité. Par ailleurs, la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral y relative – laquelle a fait écho à un arrêt rendu le 2 février 2016 (devenu définitif le 4 juillet 2016) par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Di Trizio c. Suisse (Requête n° 7186/09) – ne remet pas en cause l'application de cette méthode dans le cas d'espèce dès lors qu'elle ne s'inscrit pas dans le contexte d'une révision du droit à la rente faisant suite à la naissance d'un enfant et à la déclaration du parent assuré de vouloir réduire son temps de travail (TF 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 consid. 4.4 ; cf. également Anne-Sylvie Dupont, Arrêt Di Trizio c. Suisse – une appréciation, in HAVE/REAS 4/2016 p. 479, et Thomas Gächter/Michael E. Meier, Der Entscheid « Di Trizio » : Wirklich eine Rechtssache für den EGMR ?, in HAVE/REAS 4/2016 p. 484). En l'occurrence, au regard de la pleine capacité de l'intéressée pour exercer ses activités ménagères (avec un statut de 50%) et de son incapacité de travail totale dans toute activité professionnelle (avec un statut de 50%) du 11 août 2001 à fin juillet 2007, l'intimé a correctement

- 46 - déterminé pour cette période un degré d'invalidité de 50% (le taux d'invalidité se confondant dans ce cas avec celui de l'incapacité de travail ; ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées), ouvrant le droit à une demi-rente. Dès lors que le droit à la rente était potentiellement ouvert dès le 11 août 2002 (art. 29 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007) et que la demande de prestations a été déposée le 2 octobre 2003, soit postérieurement, c'est à bon droit que le point de départ du versement de la rente a été fixé au 1er octobre 2002, soit douze mois avant le dépôt de la demande (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). L'état de santé de la recourante a par la suite évolué dans la mesure où, à compter du 1er août 2007, elle a recouvré une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, sa capacité dans son activité ménagère étant toujours entière. Dans le cadre du calcul du taux d'invalidité selon ces nouvelles données, l'intimé a déterminé le degré d'invalidité pour la part active de l'intéressée selon la méthode générale de comparaison des revenus, comme le prévoit la méthode mixte. La manière dont l'intimé a arrêté le revenu sans invalidité de la recourante pour l'année 2007, au demeurant non remise en cause par cette dernière, n'apparaît pas critiquable, étant précisé que l'année 2007 constitue effectivement l'année de référence pour fixer le nouveau

droit à la rente. Ledit revenu de 92'967 fr. peut ainsi être confirmé. Quant au revenu avec invalidité de 34'794 fr. pour l'année 2007, il a déjà été confirmé par la Cour de céans dans l'arrêt du 26 novembre 2013 (AI 222/12 - 279/2013). La comparaison de ces revenus révèle un degré d'invalidité de 62.57%, lequel doit être ramené à 31.28% compte tenu du fait que l'intéressée a un statut active à 50% et n'ouvre ainsi pas le droit à une rente. Dans ces conditions, la demi-rente d'invalidité due à la recourante depuis le 1er octobre 2002 doit être supprimée dès le 1er novembre 2007, soit après le délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 1 RAI dans sa version en vigueur du 1er mars 2004 au 31 décembre 2011.

- 47 - Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 1er octobre 2002, cette prestation étant supprimée dès le 1er novembre 2007. 6. Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; ATF 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014). 7. a) En définitive, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision litigieuse. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice ; le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). c) En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En outre, n'obtenant pas gain de cause, la recourante ne peut pas prétendre à l'allocation de dépens en sa faveur (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

- 48 -

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