

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 mars 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Brillard, juges
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

A.D. _____, à [...], recourante, représentée par **B.D.** _____, à Gland,

et

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ POUR LE CANTON DE VAUD, à
Vevey, intimé.

**Art. 29 al. 1 Cst. ; art 43, 78 al. 1 LPGA ; art. 59a LAI ; art. 3 al. 1,
6 al. 2 LRCF**

E n f a i t :

A. A.D._____, ressortissante N._____ née en [...], est entrée en Suisse en 1994. Mère de [...] enfants, elle s'est consacrée à leur éducation avant de débiter en septembre 2009 une activité lucrative de peintre en bâtiment à plein temps au sein de X._____, l'entreprise de son conjoint, B.D._____, pour un revenu mensuel déclaré de 10'000 francs.

B. Au mois d'octobre 2007, A.D._____ avait souffert d'une distorsion de la cheville droite avec imagerie par résonance magnétique (IRM) montrant des lésions tendineuses (téno-synovite chronique des péroniers à droite, avec rupture complète du court-péronier et subtotal du long péronier). Un traitement conservateur avait permis de résorber la symptomatologie douloureuse.

C. Le 6 novembre 2009, A.D._____ a subi une nouvelle distorsion de la cheville droite en descendant d'un escabeau de trois marches alors qu'elle était occupée à des travaux de peinture dans son appartement. Une intervention chirurgicale consistant en une téno-synovectomie des péroniers à droite a été réalisée le 21 septembre 2010 au sein du Département de l'appareil locomoteur du J._____ (J._____). L'évolution s'est avérée défavorable, avec persistance d'une enflure importante et de douleurs rétro-malléolaires avec irradiation jusqu'en zone proximale.

Sur le plan asséculo-logique, le cas a été annoncé à I._____, assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, lequel a servi des indemnités journalières pour une période limitée du 9 décembre 2009 au 31 janvier 2010.

De même, le cas a été annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) en date du 25 janvier 2011. Par décision du 24 mai 2011, confirmée sur opposition le 30 juin 2011, la CNA

a refusé d'allouer des prestations d'assurance, au motif que l'événement du 6 novembre 2009 ne réunissait pas les éléments constitutifs d'un accident. Le recours formé contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a été rejeté par arrêt du 21 juin 2012 (cause AA 73/11 - 55/2012).

D. Le 8 mars 2011, A.D._____ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI) a recueilli des renseignements médicaux après du Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique au sein du J._____ et chef de clinique adjoint (rapport du 13 avril 2011), et fait verser à la procédure le dossier constitué par la CNA.

Dans un rapport du 29 décembre 2011, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin chef de l'Unité d'orthopédie du J._____, a posé le diagnostic de séquelles de ténosynovite des péroniers à droite avec status post ténosynovectomie le 21 septembre 2010, subluxation chronique résiduelle du court péronier et ténosynovite résiduelle, et mis en exergue les éléments suivants :

Status

L'arrière-pied reste fortement empâté, surtout en zone rétro-malléolaire externe à droite avec une cicatrice discrètement hypertrophique, très sensible à la palpation. Le trajet terminal du tendon péronier est très douloureux, [sa] mise sous tension également. Il existe aussi quelques douleurs en pré-malléolaires externes. Il n'y a pas de signe d'essuie-glace, pas de signe de luxation.

Conclusions, traitement et évolution

A plus d'une année post-opératoire, il est difficile d'espérer une amélioration et je partage l'avis du Dr W._____ de penser à une révision chirurgicale sous forme d'une ténosynovectomie de la gouttière, à droite, en décubitus latéral gauche. J'ai exposé ceci à Mme A.D._____ et à son époux qui l'accompagnait mais elle reste réticente pour l'instant. Je leur ai demandé d'y réfléchir tranquillement et, au cas où il se déciderait, de me contacter. A ce moment-là, je réserverais un bon de salle et j'organiserais également une discussion pré-opératoire.

En ce qui concerne l'arrêt de travail celui-ci reste à 100% pour l'instant. Nous aurons probablement à répondre prochainement à une demande de l'AI et on pourra affirmer que la patiente n'est pas

en mesure de reprendre son ancienne activité de peintre en bâtiment mais qu'elle pourrait probablement exercer un travail sédentaire voire semi-sédentaire à la hauteur de 50% sachant qu'elle souffre également de douleurs au repos accompagnées de situation d'enflure importante.

Dans le cadre de l'instruction de cette demande, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr Z._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son rapport du 13 juin 2012, ce médecin a retenu les diagnostics - avec répercussion sur la capacité de travail - de status après entorse de la cheville droite en automne 2007, avec rupture complète du tendon du court péronier, une rupture subtotale du tendon du long péronier dans le passage rétro- et sous-malléolaire externe, de kyste ténosynovial et ténosynovite d'accompagnement de la cheville droite, de status après une deuxième entorse de la cheville droite au mois de novembre 2009, sans lésion surajoutée au niveau des tendons des péroniers, et de status après révision des péroniers de la cheville droite le 21 septembre 2010. Au moment d'apprécier le cas, il a relaté les éléments suivants :

La situation actuelle n'est pas favorable. Cinq ans se sont écoulés depuis le traumatisme initial et Mme A.D._____ est toujours fortement gênée par l'état de sa cheville droite, que ce soit lors de la marche ou au repos.

L'assurée se trouve toujours à l'incapacité totale de travail depuis le mois de novembre 2009.

Dans la situation actuelle, on ne peut espérer une amélioration quelconque sans un traitement chirurgical.

L'intervention effectuée le 21.09.2010 n'a pas amélioré la patiente.

Le syndrome fissuraire du tendon du muscle court péronier latéral et du long péronier latéral se caractérise par un syndrome douloureux rétro- et sous-malléolaire externe. L'apparition des douleurs est progressive et celles-ci sont aggravées par la marche. Les douleurs entravent toutes activités physiques. Ces manifestations sont à l'évidence en relation avec des lésions anatomique qui, ici, sont majorées par la rupture totales des tendons péroniers.

Il s'agit de lésions associées à une synovite des péroniers d'accompagnement ce qui est récurrent dans 80% des cas. La subluxation des péroniers, comme cela est le cas chez Mme A.D._____, se trouve dans 50-60% des cas. La synovite d'accompagnement dans 50% des cas.

Le tendon du court péronier latéral et le tendon du long péronier latéral doivent être réparés chirurgicalement. Je propose que soit effectuée l'excision des lésions dégénératives, voire un peignage au

niveau des tendons, une réfection probable de la gouttière des péroniers, associés à une plastie de la poulie de réflexion des péroniers dans la gouttière. Le court péronier latéral, qui présente une déchirure complète, doit être réinséré, le tendon du long péronier probablement aussi. Cette intervention nécessitera une immobilisation plâtrée, avec le membre inférieur droit en décharge pour une durée d'environ six semaines. Dès l'ablation du plâtre, la patiente devra commencer une rééducation avec une mobilisation et une mise en charge progressives.

Une reprise du travail dans l'activité de peintre en bâtiment pourrait être effective six mois après l'intervention.

Dans une activité allégée et adaptée, qui privilégie la position assise, et sans port de charge, le travail pourrait être repris trois mois après l'intervention chirurgicale proposée.

Bien que l'on ne puisse garantir un résultat parfait, seul le traitement chirurgical pourrait améliorer la cheville droite de Mme A.D._____.

Laissée telle quelle, la situation va progressivement se péjorer. Les douleurs et la tuméfaction de la cheville droite iront en s'aggravant. Il faudra craindre également la fixation des troubles statiques.

S'agissant de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, l'expert a conclu en ces termes :

Au vu de l'état actuel de sa cheville droite, Mme A.D._____ se trouve à l'incapacité totale de travail dans sa profession de peintre en bâtiment.

Dans une profession qui s'exerce en position semi-assise, la capacité de travail peut atteindre 50%. Il existe en apparence des difficultés pour se déplacer et lors de l'appui, ainsi que des douleurs, ce qui explique cette incapacité partielle.

[...]

Mme A.D._____ pourrait vaquer à 50% dans une activité qui privilégie la position assise, dès maintenant.

Le traitement chirurgical préservera la capacité de gain future de Mme A.D._____, soit en tant que peintre en bâtiment ou dans une activité dite adaptée et allégée où elle pourra très probablement vaquer à 100%, sans diminution de rendement.

L'assurée n'ayant pas souhaité donner suite à la mesure d'orientation professionnelle proposée par l'office AI, celui-ci l'a informée, par projet de décision du 5 mars 2013, qu'il envisageait de lui allouer une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} septembre 2011.

L'assurée, aussi bien de son propre chef que par le biais de son assurance de protection juridique, s'est opposée audit projet, alléguant notamment une aggravation de son état de santé, à savoir des

blocages des orteils du pied droit ainsi que des douleurs de la jambe gauche.

A la demande de l'office AI, le Dr Z. _____ a établi en date du 22 août 2013 un rapport complémentaire dont le contenu est le suivant :

C'est donc sur la base des documents médicaux que je réponds à vos questions.

1. Dans votre appréciation du cas, vous estimez que, dans la situation actuelle, il ne peut être espéré une quelconque amélioration sans un traitement chirurgical. Vous préconisez une réparation chirurgicale du tendon du court péronier latéral et du tendon du long péronier latéral. Cette intervention devrait amener une amélioration de la capacité de travail de l'assurée, en particulier dans son activité habituelle de peintre en bâtiment, puisque la reprise pourrait être effective six mois après l'intervention :

- Quelles sont les chances d'une telle intervention ?

Dans l'ensemble, le traitement des lésions des tendons des péroniers, qu'elles soient sous forme de fissure, de ténosynovite ou de rupture, donne un résultat bon et stable.

La technique chirurgicale est reproductible, il y a une amélioration fonctionnelle significative.

Dans plus de 80% des cas, les sujets retournent à leurs activités initiales, professionnelles et/ou sportives.

- Quels sont les risques de complications liés à cette intervention ?

Comme complication, on peut citer une mauvaise cicatrisation cutanée, des infections, des névromes, une algodystrophie, une re-rupture du/des tendons, une limitation de la mobilité de la cheville, ainsi que des douleurs résiduelles ou/et une tuméfaction résiduelle.

Ceci représente 20% des complications possibles.

- Cette intervention pouvant amener une amélioration de la capacité de travail de l'assurée, est-elle exigible ?

Oui, je pense que cette intervention pourrait apporter une amélioration de la capacité de travail de l'assurée. Toutefois, on ne peut pas exiger que cette intervention soit acceptée, car on n'a aucune certitude, ni garantie quant au résultat final.

La reprise de l'activité de peintre en bâtiment me paraît probable.

Une telle intervention ne peut être exigible, mais fortement recommandée.

2. Par ailleurs, dans une profession qui s'exerce en position semi-assise, vous estimez que la capacité de travail de l'assurée peut actuellement atteindre 50%. Vous expliquez l'incapacité partielle par des difficultés apparentes pour se déplacer, lors de l'appui, ainsi que des douleurs :

- **Dans une activité strictement sédentaire, sans port de charge, une pleine capacité de travail est-elle exigible ?**
- **Si non, pour quelles raisons ?**

La position sédentaire prolongée peut avoir une influence négative sur la circulation sanguine, voire lymphatique, des membres inférieurs. On peut évoquer des difficultés de retour veineux, ce qui peut générer des douleurs et un œdème.

Dans une activité qui privilégie la position sédentaire, une capacité de travail de 75% est exigible. Mme A.D._____ pourrait également bénéficier favorablement du port de chaussures montantes stabilisatrices, de type Künzli, associées à un support plantaire adapté, afin de faciliter ses déplacements. Le port de ce type de chaussures est également recommandé après l'intervention, durant plusieurs mois.

Questions de Maître [...], avocate de l'assurée :

3. Dans le cadre de l'expertise que vous avez réalisée, vous ne prenez pas en considération les plaintes de notre assurée concernant sa jambe gauche et le blocage des cinq doigts de pied de la jambe droite, qui se bloquent 10 à 15 fois par jour quelle que soit la position.

- **Pensez-vous que ces nouveaux éléments sont de nature à avoir une influence sur l'incapacité de travail de notre assurée ?**
- **Si oui, dans quelle proportion ?**
- **Si non, pourquoi ?**

Les plaintes de Mme A.D._____, signalée par Me [...], qui concernent la jambe gauche sous forme de douleurs, ainsi que les blocages des orteils du pied droit, n'ont pas été répertoriées dans mon rapport d'expertise, car la patiente n'en a pas fait mention durant notre entretien.

Dans le cadre d'une expertise, l'expert a pour obligation de relever toutes les plaintes émises par l'expertisé(e), ce que j'ai fait avec Mme A.D._____.

Je ne sais pas à quoi sont dues les douleurs de la jambe gauche et les crampes des orteils du pied droit de Mme A.D._____. Ces manifestations ne sont pas décrites comme des effets secondaires possibles de la tendinopathie ou de la rupture des tendons péroniers.

Ces plaintes ne sont pas explicables par la pathologie des tendons des péroniers que présente Mme A.D._____ et, par ailleurs, il n'y a aucun élément objectif qui pourrait expliquer cette symptomatologie nouvelle.

Je ne pense pas que ces manifestations puissent influencer la capacité de travail dans une occupation allégée et adaptée.

Dès lors, ces nouveaux éléments ne modifient pas les conclusions contenues dans mon rapport d'expertise.

4. Dans le cadre de l'expertise réalisée, vous ne prenez évidemment pas en considération l'aspect psychique de notre assurée.

- **Selon vous, un tel complément d'expertise est-il nécessaire ?**
- **Si oui/non, pourquoi ?**

Dans mon rapport d'expertise, je ne prends pas en considération l'état psychique de Mme A.D. _____.

Dans l'anamnèse, et lors de notre entretien du 05.06.2012, je n'ai relevé aucun élément qui pouvait me faire suspecter une perturbation psychique chez cette assurée. La collaboration de Mme A.D. _____ était adéquate et son comportement tout à fait dans les normes. Pour cette raison, je n'ai aucun élément qui justifierait une expertise psychiatrique. D'autre part, j'éprouve des difficultés à imaginer un rapport quelconque entre la pathologie des tendons des péroniers et un possible trouble psychique.

5. Dans votre rapport d'expertise, notamment à la page n°7, vous indiquez que « laissée telle quelle, la situation va progressivement se péjorer. Les douleurs et la tuméfaction de la cheville droite iront en s'aggravant. Il faudra craindre également la fixation des troubles statiques ». Dans la mesure où cette opération chirurgicale n'a pas été effectuée, la situation s'est donc péjorée depuis une année.

- **Dans ces conditions pouvez-vous maintenir vos conclusions quant à la capacité de travail exigible dans une activité en position semi-assise ?**
- **Si oui/non pourquoi ?**
- **Dans ces conditions, pouvez-vous maintenir vos conclusions quant à la possibilité de procéder à un traitement chirurgical au niveau des tendons des péroniers de la cheville droite et quant aux activités exigibles de la part de notre assurée, telles que rapportées en page n°8 de votre expertise ?**
- **Si oui/non pourquoi ?**

J'ignore sur quel élément Me [...] se base pour affirmer qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé de Mme A.D. _____ depuis mon examen du 05.06.2012. Le fait de répertorier de nouvelles plaintes ne signifie pas forcément que l'état s'est péjoré.

La péjoration de l'état de la cheville de l'assurée, notamment les pathologies semblables à celles de Mme A.D. _____, se fait de manière plutôt très lente, sous forme d'une chronification.

Six ans se sont écoulés depuis l'événement survenu en automne 2007 et l'examen du pied effectué le 05.06.2012 est rassurant dans le sens que l'état des tendons ne s'est pas modifié et que les plaintes émises sont restées plus ou moins les mêmes depuis plusieurs années.

Je n'ai donc aucun élément nouveau qui pourrait modifier les conclusions contenues dans mon rapport d'expertise du 13.06.2012.

De même, je n'ai aucun élément nouveau qui pourrait influencer négativement mon appréciation quant à l'aptitude de Mme A.D. _____ à vaquer à une activité lucrative, en tout cas à 50%, si cette activité s'effectue principalement en position assise.

Si on adapte l'activité lucrative, comme je l'ai mentionné sous point n°2, le taux de capacité de travail pourrait atteindre 75%, sans trop de difficultés.

Mme A.D. _____ peut se déplacer. A l'examen je n'ai pas trouvé de décompensation plantaire, ni de déformation des orteils du pied droit. La stabilité et la mobilité de la cheville sont bonnes. Il n'y a pas d'amyotrophie du mollet droit, ce qui parle en faveur d'une utilisation symétrique des membres inférieurs.

Dans ces conditions, j'estime que Mme A.D. _____ peut vaquer à une activité lucrative adaptée et allégée.

Il existe un problème des tendons dans la gouttière des péroniers pour lequel j'ai suggéré une intervention chirurgicale.

Les résultats de la réparation chirurgicale des tendons des péroniers sont, dans l'ensemble (80% à 90% des cas), bons, voire excellents, tant du point de vue fonctionnel, que du point de vue algique. Dans la même proportion (soit entre 80% et 90% des cas) les patients reprennent l'activité lucrative exercée avant l'événement accidentel. Mme A.D. _____ est une femme jeune qui a d'excellentes chances d'être améliorée par l'intervention chirurgicale.

Toutefois, le fait que les plaintes, fondées ou non, se multiplient, me laisse dubitatif quant à la reprise d'un travail lucratif, avec ou sans intervention.

En ce qui me concerne, l'indication chirurgicale est posée, mais c'est à Mme A.D. _____ de décider, en toute connaissance de cause, si elle accepte ou non cette proposition. Reste à savoir si Mme A.D. _____ veut saisir l'opportunité d'améliorer l'état de sa cheville.

Après avoir pris l'avis de son service médical régional (SMR), pour qui, d'une part, l'opération préconisée par le Dr Z. _____ n'était pas exigible du fait des risques y afférents et faute de garantie de succès et pour qui, d'autre part, la capacité résiduelle de travail de l'assurée s'élevait à « 75% au moins » dans une activité respectant strictement ses limitations fonctionnelles, soit une activité privilégiant la position assise, sans charges, compte tenu éventuellement du port de chaussures stabilisatrices, l'office AI a, par projet de décision du 27 novembre 2013, annulant et remplaçant le projet du 5 mars 2013, informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

Par décision du 27 mars 2014, l'office AI a confirmé son projet de décision.

E. Par acte du 25 avril 2014, A.D._____ a déféré la décision du 27 mars 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Par arrêt du 22 janvier 2015 (cause AI 83/14 - 15/2015), le Tribunal cantonal a admis le recours, annulé la décision rendue le 27 mars 2014 et renvoyé la cause à l'office AI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a considéré que les explications complémentaires données par le Dr Z._____ manquaient de clarté et contenaient des contradictions, si bien qu'il n'était pas possible de conférer une pleine valeur probante à l'avis de ce médecin. L'examen du volet médical du dossier, singulièrement l'appréciation de la capacité de travail effective et la description des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, devait faire l'objet d'une réactualisation, compte tenu de l'éventuelle évolution évoquée par le Dr Z._____.

F. Par acte du 4 août 2015, A.D._____ a saisi une nouvelle fois la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, se plaignant du retard dans la mise en œuvre par l'office AI de l'expertise ordonnée dans l'arrêt du 22 janvier 2015 et faisant valoir à ce titre un « dommage corporel » d'un montant de 200'000 francs.

Par arrêt du 16 décembre 2015 (cause AI 207/15 - 324/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a, dans la mesure où il était recevable, rejeté le recours. Elle a considéré que l'office AI ne faisait preuve d'aucun retard dans la mise en œuvre de l'expertise et constaté qu'elle n'était pas compétente, faute de décision, pour statuer sur une demande d'indemnisation à l'encontre de l'office AI.

Le recours en matière de droit public interjeté contre cet arrêt a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral pour défaut de motivation (TF 9C_2/2016 du 15 février 2016).

G. Reprenant l'instruction de la cause, l'office AI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise orthopédique au Dr Q._____, médecin praticien. Dans son rapport du 25 novembre 2015, ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chroniques, de status

après synovectomie d'une tendinopathie des péroniers latéraux de la cheville droite, de tendinite chronique du court péronier droit, de probable état anxio-dépressif et d'obésité. Dans le cadre de la discussion globale du cas, le Dr Q. _____ a expliqué :

Mme A.D. _____ développe des douleurs de sa cheville D [droite] sur plusieurs années avec un évènement initial traumatique selon les dossiers. Un premier diagnostic de rupture du tendon long péronier associé à un large kyste ténosynovial (...) avec ténosynovite et une rupture du court péronier est retenu par les Dr V. _____ suite à une IRM. Suite à ce diagnostic elle est adressée à l'Hôpital orthopédique pour une prise en charge chirurgicale. Nos confrères retiennent une ténosynovite chronique des péroniers à droite. Ils proposent une révision chirurgicale qui a lieu le 21.9.2010 sous la forme d'une synovectomie. Les suites restent difficiles avec des douleurs. Vu la non-évolution une nouvelle IRM est faite le 15.2.2011 décrivant « une importante tendinopathie et ténosynovite des fibulaires avec subluxation du court fibulaire ». Le Dr W. _____ organise ainsi un examen dynamique sous US ainsi qu'une infiltration de corticoïde et bupivacaine. L'US [ultrason] relève une « tendinopathie fissuraire majeure du tendon long fibulaire et tendinopathie plus modérée du court fibulaire, associée à une subluxation du tendon court fibulaire ». Le geste infiltratif n'apporte pas d'amélioration de la situation et depuis ce moment, Mme A.D. _____ est sans traitement spécifique. Une 1^{ère} expertise conclut dans un 1^{er} temps à une capacité de travail à 50 %, puis Mme A.D. _____ fait recours arguant des nouveaux symptômes. L'expert conclut, sans revoir la patiente, à une pleine capacité de travail, et la demande AI est refusée. Mme A.D. _____ fait recours au tribunal cantonal qui lui reconnaît le droit d'être entendue sur ses nouvelles plaintes. C'est pour cette raison que la présente expertise est demandée.

Nous sommes frappés par une personne présentant une importante boiterie à la marche avec de nombreuses limitations au niveau de ses membres inférieurs, associées à certaines auto-limitations, comme le montre l'examen clinique et l'annexe 1 et « attitude face à la douleur ». Celles-ci pourraient être secondaires à une kinésiophobie, renforcée par un probable état anxio-dépressif. Cet état est certainement renforcé par son isolement social, son incapacité à mobiliser des ressources pour s'intégrer dans la vie sociale mais aussi active et professionnelle. Le fait de n'avoir travaillé que très peu de temps comme peintre en bâtiment, sans formation, nous semble un facteur supplémentaire à l'impossibilité d'intégrer cette profession.

Ainsi, l'activité comme peintre en bâtiment n'est pas adaptée à sa situation médicale actuelle. Dans une activité adaptée permettant une alternance de postures, des déplacements limités et une activité plutôt assise, une capacité de travail de 75% avec une diminution de rendement de 25% peut être exigée. La diminution du rendement vient du manque de dextérité, mais aussi des pauses imposées pour permettre une variation de la posture.

A la demande du SMR, le Dr Q._____ a apporté le 15 mars 2016 quelques explications complémentaires :

- Comme vous le relevez justement, l'activité comme peintre en bâtiment n'est plus exigible.
- Dans une activité adaptée la capacité de travail est de 75% dans une activité plutôt assise, permettant une alternance des postures et des déplacements limitées. De plus, il y a une diminution du rendement de 25%. Ainsi la capacité totale globale exigible est de 56%.
- Concernant le manque de dextérité, elle est due à un manque de coordination et des douleurs à mettre en relation avec des troubles dégénératifs au niveau des mains.

Fort des observations rapportées par le Dr Q._____, l'office AI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 11 juillet 2016, ce médecin a retenu les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte et de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Dans la synthèse de son expertise, le Dr C._____ a indiqué :

En conclusion, Mme A.D._____ est une femme de [...] ans, mariée et mère de [...] grands enfants dont les aînées auraient pris leur autonomie. Elle ne rapporte pas de problèmes conjugaux et familiaux sortant de l'ordinaire.

Mme A.D._____ est issue d'un milieu rural du N._____. Elle ne rapporte pas une enfance particulièrement malheureuse. Elle aurait bien réussi sa scolarité. Elle est ensuite restée dans sa famille puis dans celle de son époux avec des activités au ménage et dans l'agriculture.

Arrivée en Suisse, l'expertisée ne s'est jamais intégrée durablement dans le monde ordinaire du travail. Elle n'a en fait été engagée que quelques semaines dans l'entreprise de son époux avant de déclarer un accident de travail par ailleurs survenu à son domicile.

L'évolution a été subjectivement catastrophique avec des douleurs et des limitations qui se sont progressivement étendues. Rien n'indique qu'il y ait eu une comorbidité psychiatrique grave sachant que rien de tel n'a jamais été évoqué au dossier jusqu'à l'expertise Q._____ et sachant que cette personne n'a jamais reçu de médication psychotrope ni demandé ou été l'objet de suivi psychiatrique ou psychothérapeutique.

Actuellement, l'expert retient un trouble anxieux et dépressif mixte et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Ces entités diagnostiques ne peuvent certainement pas être corrélées à une incapacité de travail psychiatrique. Il n'y en a pas actuellement et il n'y en a jamais eue.

Le soussigné n'a pas de propositions à formuler en termes de traitement psychiatrique sachant qu'on est ici davantage face à un

comportement anormal de malade que face à une maladie stricto sensu. Il considère que des mesures professionnelles n'ont guère de sens puisque Mme A.D. _____ ne se projette pas dans le monde ordinaire du travail.

Le pronostic purement psychiatrique n'est pas nécessairement mauvais puisque votre assurée ne souffre pas de graves troubles psychiques.

Dans un avis daté du 8 août 2016, le SMR a pris position de la manière suivante :

Conformément à l'avis médical SMR du 15.12.2015, un complément d'information a été demandé au Dr Q. _____, et une expertise psychiatrique a été réalisée.

Dans un bref rapport médical du 15.03.2016, le Dr Q. _____ confirme l'inexigibilité de l'activité de peintre en bâtiment ; dans une activité adaptée, il confirme également une CT [capacité de travail] réduite, de 75%, encore diminuée d'une baisse de rendement de 25%. Pour rappel, la baisse de rendement est mise sur le compte d'un manque de dextérité au niveau des doigts, manque de dextérité que le Dr Q. _____ explique par un manque de coordination et des douleurs à mettre en relation avec des troubles dégénératifs au niveau des mains.

L'expertise psychiatrique a été réalisée le 04.07.2016 par le Dr C. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Sur la base de son anamnèse, de son examen clinique, ainsi que de l'étude du dossier à sa disposition, le Dr C. _____ ne met pas en évidence de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant. Il retient la présence d'un *trouble anxieux et dépressif mixte* (F41.2), trouble dont les symptômes de peu de sévérité ne permettent pas de retenir de répercussion sur la CT [capacité de travail]. Par ailleurs, sur la base de ses observations, il retient également la présence d'une *majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques* (F68.0). Après une analyse du fonctionnement de l'assurée, l'expert écarte un trouble de la personnalité grave et incapacitant, ne retenant que des traits de personnalités accentués. Tout comme le Dr Q. _____, le Dr C. _____ relève des discordances et des incohérences et note également un manque de clarté en ce qui concerne les circonstances des accidents survenus en 2007 et 2009 et du contexte professionnel de l'assurée à ce moment-là. Compte tenu de l'absence de pathologie psychiatrique à caractère incapacitant, le Dr C. _____ ne retient aucune IT [incapacité de travail] sur le plan psychique.

L'expertise psychiatrique est convaincante : l'expert-psychiatre a pris en considération les plaintes de l'assurée, a réalisé un examen psychiatrique complet et approfondi et a fait une analyse de la situation en pleine connaissance du dossier de l'assurée ; l'expert fonde et étaye ses diagnostics selon les critères des classifications internationales, fait un exposé cohérent du contexte médical et apprécie la situation de manière claire et exhaustive ; finalement, ses conclusions sont cohérentes avec ses constatations objectives.

Au vu des conclusions de l'expertise psychiatrique objectivant clairement une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, l'on doit s'écarter de l'appréciation de

l'exigibilité faite par le Dr Q._____. En effet, si l'IT [incapacité de travail] totale dans une activité de peintre en bâtiment ne fait aucun doute, et que l'on peut admettre une CT [capacité de travail] réduite de 25% dans une activité adaptée, permettant l'alternance des postures, des déplacements limités et une activité plutôt assise, on ne peut en revanche pas justifier la baisse de rendement supplémentaire de 25% pour les raisons suivantes :

- Le Dr Q._____ explique la baisse de rendement de 25% par un manque de dextérité et des pauses imposées pour permettre une variation des postures ; or, une diminution de la CT [capacité de travail] de 25% est déjà admise en raison de la nécessité d'alterner les positions ; ceci ne saurait donc se cumuler à une baisse de rendement supplémentaire qui serait rendue nécessaire par des pauses imposées par les changements de position.
- En ce qui concerne le manque de dextérité, le Dr Q._____ l'explique par un manque de coordination ainsi que des troubles dégénératifs au niveau des mains ; or dans son rapport d'expertise du 25.11.2015, aucun élément ne parle en faveur de troubles dégénératifs au niveau des mains : il n'y a aucune plainte de l'assurée à ce sujet, et aucun élément objectif ne permet de l'affirmer, ni au status clinique ni à l'imagerie. Quant au manque de coordination, le Dr Q._____ fonde cette conclusion sur la base du test de Purdue qu'il a fait réaliser à l'assurée dans le cadre de l'expertise ; comme expliquer dans le rapport d'expertise, le test de Purdue consiste à placer le plus rapidement possible des petites tiges, rondelles et écrous sur un tableau perforé. Il présuppose donc une collaboration et une motivation optimale de l'assurée, ce qui n'a pas été le cas lors de l'expertise ; en effet, le Dr Q._____ constate de nombreuses discordances et incohérences, et décrit, dans l'annexe 1 « attitude face à la douleur, comportement à l'effort et cohérence » une « exécution très ralentie et précautionneuse des tests » et une « discordance relevée en l'absence de problématique cliniquement importante au niveau de la main et de l'avant-bras et les faibles résultats obtenus à la force de préhension des mains ». Dès lors, il n'est pas concevable de retenir un manque de dextérité des mains comme limitation fonctionnelle et cause d'une baisse de rendement dans le cas présent.

Par conséquent, compte tenu de ce qui précède, et d'une majoration de symptômes clairement mise en évidence tant par le Dr Q._____ que par le Dr C._____, nous ne pouvons valider la baisse de rendement supplémentaire de 25% retenue par le Dr Q._____. Dans une activité adaptée, exercée principalement en position assise, permettant l'alternance des positions et ne nécessitant pas de longs déplacements, l'assurée possède une CT [capacité de travail] de 75% depuis avril 2011, 6 mois post-opératoire.

Invité à se déterminer sur les arguments fournis par le SMR, le Dr Q._____ a, le 20 décembre 2016, pris position de la manière suivante :

J'ai bien reçu votre courrier du 28 novembre dernier, concernant cette assurée que nous avons eu en expertise au mois de mars 2015. Une expertise psychiatrique a été effectuée, et vous ne reprenez pas de baisse de rendement supplémentaire vis-à-vis d'une place de travail adaptée que de 25%. Ceci semble tout à fait adéquat avec vos arguments.

Je n'ai pas d'autre observation à rajouter dans cette situation, où des facteurs externes semblent bien perturber la situation.

Par décision du 1^{er} mars 2017, l'office AI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité, fixé à 36%, est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

H. Par acte du 29 mars 2017, A.D. _____ a formé un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Considérant qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation qu'avait faite l'office AI de la situation, le Tribunal cantonal a, par arrêt du 12 septembre 2017 (cause AI 113/17 - 270/2017), rejeté le recours.

Par arrêt du 16 janvier 2018, la II^e Cour de droit social du Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière de droit public formé A.D. _____ pour défaut de motivation (cause 9C_806/2017).

I. Par requête du 20 juin 2016, réitérée le 1^{er} septembre 2016, A.D. _____ a réclamé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le paiement par l'Etat de Vaud de la somme de 2'400'000 fr. à titre de dommages-intérêts.

Par arrêt du 22 septembre 2016, la Cour des assurances sociales a décliné sa compétence et transmis la cause à la Chambre patrimoniale cantonale comme objet de sa compétence.

Après avoir accordé deux possibilités à A.D. _____ pour déposer une requête de conciliation observant les exigences légales, la Juge déléguée de la Chambre patrimoniale cantonale a, par décision du 3 mars 2017, déclaré irrecevable la requête de conciliation formée par l'intéressée.

Par arrêt du 28 avril 2017 (cause CC17.000195-170600159), la Cour d'appel civile du Tribunal cantonal a déclaré irrecevable l'appel formé par A.D._____ pour défaut de motivation.

Par arrêt du 8 juin 2017 (cause 2C_525/2017), la IIe Cour de droit public du Tribunal fédéral a déclaré irrecevable le recours en matière de droit public formé par A.D._____ pour défaut de motivation.

J. Parallèlement à la procédure relative au droit à la rente, A.D._____ a, les 3 et 10 mars 2016, 10 juin 2016 et 2 août 2016, demandé à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de condamner l'office AI à lui payer les sommes respectivement de 1'315'000 fr., 720'000 fr. et 454'000 fr. à titre de réparation d'un dommage causé. Par arrêts des 8 avril 2016 (cause AI 53/16 - 75/2016) - confirmé le 31 mai 2016 par le Tribunal fédéral (cause 9C_266/2016) - et 10 août 2016 (causes AI 153/16 et 193/16 - 211/2016), le Tribunal cantonal a déclaré les requêtes irrecevables et les a transmises à l'office AI comme objet de sa compétence.

Par courrier du 14 septembre 2016, l'office AI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de rejeter sa demande d'indemnisation. Un délai de trente jours était néanmoins accordé à l'assurée afin de faire part de ses objections à ce propos ou de tout autre remarque ou question.

Par courrier du 21 septembre 2016, l'assuré a maintenu sa requête en réparation du dommage subi.

Par décision du 4 octobre 2016, l'office AI a rejeté la demande d'indemnisation, au motif qu'aucun acte illicite n'avait été commis par l'un de ses collaborateurs.

Par acte du 26 octobre 2016, A.D._____ a interjeté un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à ce que l'office AI soit condamné à lui payer la somme de 1'174'000 francs. En substance, elle reprochait à l'office AI

de n'avoir pas exécuté les tâches qui lui étaient confiées de façon conforme à la loi. A son avis, l'office AI avait tardé à mettre en œuvre les expertises ordonnées par le Tribunal cantonal, avait violé le droit en les confiant à des experts établis dans le canton du Valais et l'avait délibérément empêchée de soumettre des questions complémentaires au Dr Q._____.

Dans sa réponse du 28 novembre 2016, l'office AI a, en se référant à sa décision du 4 octobre 2016, conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 8 décembre 2016, A.D._____ a confirmé la teneur de son recours déposé le 26 octobre 2016.

Par courrier du 5 janvier 2017, l'office AI a transmis pour information à la Cour de céans copie de la réponse donnée par l'Office fédéral des assurances sociales à la plainte déposée à l'encontre de l'office AI par l'époux de A.D._____, dont la teneur était la suivante :

Nous nous référons à votre lettre du 26 octobre 2016 dans laquelle vous faites valoir que des fautes graves professionnelles auraient été commises dans le traitement du dossier de votre épouse. Vous formulez la requête que Mme [...], Monsieur [...] et Monsieur le Directeur [...] soient licenciés avec effet immédiat.

I. Faits

En date du 4 octobre 2016, l'office AI du canton de Vaud a rendu une décision de rejet à votre demande d'indemnisation, A l'appui de sa décision, l'office AI allègue qu'il n'y a pas eu de manquement dans l'instruction du dossier de votre épouse qui serait susceptible de constituer un acte illicite. La responsabilité de l'office au sens de l'art. 78 LPGA n'est donc pas engagée et il n'y a pas lieu d'examiner plus en avant les autres conditions d'application de l'art. 78 LPGA, notamment le dommage et la relation de causalité.

Par ailleurs, la décision indiquait clairement les moyens de droit.

II. Considérants

En vertu de l'art. 71 al. 1 PA, chacun peut dénoncer en tout temps à l'autorité de surveillance les faits qui appellent dans l'intérêt public une intervention d'office contre une autorité. La dénonciation est une voie de droit informelle. Le recourant n'a aucun des droits reconnus à la partie et ne peut prétendre à une décision (ATF 121 I 42).

Si, en revanche, la dénonciation vise davantage au respect de droits privés de son auteur qu'au respect d'intérêts publics, elle est en règle générale irrecevable (KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und

Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2^e édition, Zurich 1998 ; JAAC 41.57 et 56.37).

En outre, il n'y a lieu d'entrer en matière sur une dénonciation à l'autorité de surveillance que si le recourant fait valoir une violation répétée ou répétable d'un droit matériel clair ou d'un droit de procédure qui ne peut être réglée par une voie de droit ordinaire ou extraordinaire (subsidiarité de la dénonciation ; JAAC 41.8 et 53.36 ; cf. aussi GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2^e édition, Berne 1983 et HÄFELIN/MÜLLER/UHLMANN, Allgemeines Verwaltungsrecht, 5^e édition, Zurich 2006).

En résumé, force est de constater que le litige repose sur une demande d'indemnisation qui a fait l'objet d'une décision de l'office AI. Du moment qu'une décision peut en principe être attaquée par la voie du recours de droit public, l'autorité de surveillance n'entre pas en matière sur une dénonciation y relative.

Par conséquent, il n'y a pas lieu d'entrer en matière sur la plainte du 26 octobre 2016.

III. Décision

Vu les considérants, l'autorité de surveillance n'entre pas en matière sur la plainte du 26 octobre 2016.

Il n'est pas alloué de dépens.

Il n'est pas perçu de frais de procédure.

Dans ses ultimes déterminations du 12 janvier 2017, A.D. _____ a renouvelé les conclusions prises dans son recours du 26 octobre 2016.

E n d r o i t :

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 (art. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité [LAI; RS 831.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la responsabilité de l'intimé, au sens de l'art. 78 LPGA, pour le préjudice que la recourante aurait subi à la suite de la violation par l'intimée de ses devoirs.

3. a) Selon l'art. 78 al. 1 LPGA, les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent, en leur qualité de garants de l'activité des organes d'exécution des assurances sociales, des dommages causés illicitement à un assuré ou à des tiers par leurs organes d'exécution ou par leur personnel. Selon l'art. 59a LAI, les demandes en réparation au sens de l'art. 78 LPGA doivent être présentées à l'Office AI, qui statue par décision.

b) L'art. 78 al. 1 LPGA institue une responsabilité causale et ne présuppose donc pas une faute d'un organe de l'institution d'assurance. Les corporations de droit public, les organisations fondatrices privées et les assureurs répondent donc si un organe ou un agent accomplit, en sa qualité d'organe d'exécution de la loi, un acte illicite et dommageable. Il doit en outre exister un rapport de causalité entre l'acte et le dommage.

c) La condition de l'illicéité au sens de l'art. 3 al. 1 de la loi fédérale du 14 mars 1958 sur la responsabilité de la Confédération, des membres de ses autorités et de ses fonctionnaires (LRFC ; RS 170.32) - auquel renvoie l'art. 78 al. 4 LPGA - suppose que l'Etat, au travers de ses organes ou de ses agents, a violé des prescriptions destinées à protéger un bien juridique. L'illicéité implique une atteinte à un bien juridiquement protégé, qu'il s'agisse de l'atteinte à un droit subjectif absolu (illicéité par le résultat; *Erfolgsunrecht*) ou de l'atteinte au patrimoine par la violation d'une norme de protection du bien juridiquement atteint (illicéité par le comportement; *Verhaltensunrecht*). Le patrimoine en soi n'est pas un bien

juridique, son atteinte n'est donc pas illicite à elle seule. Les atteintes au patrimoine ne sont par conséquent illicites que si elles découlent d'un comportement proscrit en tant que tel par l'ordre juridique indépendamment de ses effets patrimoniaux (théorie objective de l'illicéité). La condition est que les normes de comportement violées visent la protection contre de telles atteintes. Le comportement exigé par la loi peut consister soit dans une action, soit dans une omission – auquel cas il faut qu'il existât, au moment déterminant, une norme juridique qui sanctionnait explicitement l'omission commise ou qui imposait de prendre en faveur du lésé la mesure omise (position de garant vis-à-vis du lésé ; ATF 139 V 176 consid. 8.2 ; 137 V 76 consid. 3.2 ; 133 V 14 consid. 8.1).

4. La recourante reproche en substance à l'office intimé et à ses collaborateurs de n'avoir pas fait preuve de toute la diligence requise à la suite du renvoi ordonné par la Cour de céans le 22 janvier 2015.

a) Aux termes de l'art. 29 al. 1 Cst., toute personne a droit, dans une procédure judiciaire ou administrative, à ce que sa cause soit traitée équitablement et jugée dans un délai raisonnable. Le caractère raisonnable de la durée de la procédure s'apprécie en fonction des circonstances particulières de la cause et, entre autres critères, sont notamment déterminants le degré de complexité de l'affaire, l'enjeu que revêt le litige pour l'assuré ainsi que le comportement de celui-ci et des autorités intimées. Si on ne saurait reprocher à l'autorité quelques "temps morts", elle ne peut invoquer une organisation déficiente ou une surcharge structurelle pour justifier la lenteur de la procédure (ATF 130 I 312 consid. 5.1 et 5.2 et les références).

b) A la suite de l'arrêt du 22 janvier 2015 rendu par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, l'office intimé a mandaté le Dr Q. _____ afin qu'il réalise une expertise orthopédique (communication du 10 juillet 2015). Après qu'un premier rendez-vous fixé le 19 septembre 2015 a été annulé à la demande la recourante, le Dr Q. _____ a examiné l'intéressée le 30 octobre 2015 et rendu son rapport le 25 novembre 2015. A la demande de l'office intimé (courrier du 11 février 2016), le Dr

Q._____ a établi un complément daté du 15 mars 2016. Fort des observations rapportées par le Dr Q._____, l'office intimé a ensuite confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr C._____ (communication du 3 mars 2016), lequel a rencontré la recourante les 4 et 6 juillet 2016 et rendu son rapport le 11 juillet 2016. Après que le SMR a pris position sur les expertises recueillies (avis du 8 août 2016), l'office AI a requis des renseignements complémentaires auprès du Dr Q._____ (courrier du 23 septembre 2016), renseignements qui ont été donné le 20 décembre 2016. Par décision du 1^{er} mars 2017, l'office AI a rejeté la demande de prestations.

c) En l'occurrence, force est de constater que l'office intimé a agi avec toute la diligence requise par les circonstances. Comme l'a déjà relevé la Cour de céans dans son arrêt du 16 décembre 2015 (cause AI 207/15 - 324/2015), les collaborateurs de l'office intimé devaient dans un premier temps analyser les conséquences de l'arrêt de renvoi et solliciter l'avis du SMR sur les modalités de mise en œuvre de l'instruction complémentaire. Compte tenu de la difficulté à trouver des médecins spécialistes répondant aux critères pour réaliser les expertises, il n'est pas inhabituel que la désignation d'un expert puisse prendre plusieurs semaines, voire plusieurs mois, comme cela a été le cas avec le Dr Q._____. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est par ailleurs tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure (ATF 117 V 283 consid. 4a). Dès lors qu'il estimait que les renseignements à disposition ne lui permettaient pas de statuer, on ne saurait faire le reproche à l'office intimé d'avoir subséquemment requis des informations complémentaires auprès du Dr Q._____ et d'avoir confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr C._____. Dans ces conditions, même si l'instruction de la cause a connu certains temps morts inévitables, il y a lieu d'admettre que la durée de la procédure a revêtu un caractère tout à fait raisonnable compte tenu de la nature de l'affaire.

d) Par ailleurs, il convient de préciser que la procédure a respecté sur le plan formel les exigences posées par la loi. En effet, la recourante a été informée en bonne et due forme de la mise en œuvre des expertises confiées aux Drs Q. _____ et C. _____ et s'est vue remettre la liste des questions posées (communications des 10 juillet 2015, 22 janvier 2016 et 3 mars 2016). Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le fait que l'expertise psychiatrique se soit déroulée dans le canton du Valais ne constitue en aucune façon un vice de forme, dès lors qu'il n'existe aucune disposition légale qui impose à l'administration de choisir un expert établi dans le canton de domicile de la personne assurée. La recourante a par ailleurs pu prendre connaissance des rapports d'expertise et s'est vue offrir la possibilité de s'exprimer à leur sujet et de poser des questions complémentaires.

e) Au surplus, il convient d'ajouter que le comportement de la recourante au cours de la procédure n'a certainement pas favorisé un traitement rapide de son dossier, puisqu'elle n'a eu de cesse d'adresser à l'office intimé des demandes de réparation du dommage ou de réparation morale et de saisir la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de recours.

5. a) Sur le vu de ce qui précède, rien n'indique que l'office intimé a fait preuve d'un comportement répréhensible dans le cadre du traitement du dossier de la recourante, de sorte que tout comportement illicite peut être exclu sans autre forme d'examen.

b) Au surplus, il convient de souligner que la recourante ne peut se prévaloir d'aucun dommage concret dans le cas d'espèce, puisqu'il a été constaté à l'issue de la procédure sur le fond que la recourante ne pouvait pas prétendre à l'octroi d'une rente d'invalidité. On rappellera à cet égard qu'il ne saurait y avoir de dommage, au motif que les conclusions auxquelles l'office intimé a abouti ne correspondent pas aux attentes de la recourante.

6. Il convient en dernier lieu d'examiner si la recourante peut néanmoins prétendre à une réparation morale.

a) L'art. 6 al. 2 LRCF dispose qu'en cas de faute du fonctionnaire, celui qui subit une atteinte illicite à sa personnalité a droit à une somme d'argent à titre de réparation morale, pour autant que la gravité de l'atteinte le justifie et que l'auteur ne lui ait pas donné satisfaction autrement.

b) Ainsi qu'on l'a vu, rien n'indique que l'office intimé a fait preuve d'un comportement constitutif d'une atteinte à la personnalité. Toute procédure induit des conséquences d'ordre tant psychologique que financier, d'autant plus lorsqu'elle porte, comme en l'espèce, sur le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Même si elles peuvent être importantes, ces répercussions liées à l'incertitude de l'issue et de la durée de la procédure doivent être supportées par le justiciable (TF 5A. 27/1999 du 18 février 2000 consid. 4). L'octroi d'une réparation morale ne saurait par conséquent entrer en ligne de compte.

7. a) Mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision du 4 octobre 2016 confirmée.

b) La procédure de recours est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 4 octobre 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- B.D. _____ (pour la recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- Office fédéral des assurances sociales,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :