

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 septembre 2017

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mme Thalmann et Mme Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Schild

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.L.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par **B.L.** \_\_\_\_\_, à [...],

et

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

---

**Art. 16 LPGA, 61 let. c LPGA, 69 al. 1 LAI**

**E n f a i t :**

**A.** A.L.\_\_\_\_\_, ressortissante kosovare née en 1975, est entrée en Suisse en 1994. Mère de trois 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 [...], l'entreprise de son conjoint, B.L.\_\_\_\_\_, pour un revenu mensuel déclaré de 10'000 francs.

**B.** Au mois d'octobre 2007, A.L.\_\_\_\_\_ avait souffert d'une distorsion de la cheville droite avec 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.L.\_\_\_\_\_ 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 Centre hospitalier [...] (Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_). 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 [...] SA, 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.L.\_\_\_\_\_ 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 : OAI) a recueilli des renseignements médicaux après du Dr S.\_\_\_\_\_S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique (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 D.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin chef de l'unité d'orthopédie du Centre hospitalier T.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de séquelles de ténosynovite des péroniers à droite avec lacération du court péronier 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 S.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ 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'OAI a confié la réalisation d'une expertise orthopédique au Dr J.\_\_\_\_J.\_\_\_\_, 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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_, 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.L.\_\_\_\_\_.

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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_, 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'OAI, celui-ci a, par projet de

décision du 5 mars 2013, informé l'assurée qu'il envisageait de lui allouer une demi-rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> 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'OAI, le Dr J. \_\_\_\_\_ 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 répons 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 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.L.\_\_\_\_\_ 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 Rebecca Grand, 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.L.\_\_\_\_\_, signalée par Me Grand, 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.L.\_\_\_\_\_.

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.L.\_\_\_\_\_. 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.L. \_\_\_\_\_ 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.L. \_\_\_\_\_.

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.L. \_\_\_\_\_ 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 Grand se base pour affirmer qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé de Mme A.L. \_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_, 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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ de décider, en toute connaissance de cause, si elle accepte ou non cette proposition. Reste à savoir si Mme A.L.\_\_\_\_\_ 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 J.\_\_\_\_\_ 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'OAI 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'OAI a confirmé son projet de décision.

**E.** Par acte du 25 avril 2014, A.L.\_\_\_\_\_ 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'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, il a considéré que les explications complémentaires données par le Dr J.\_\_\_\_\_ 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 J.\_\_\_\_\_.

**F.** Par acte du 4 août 2015, A.L.\_\_\_\_\_ a saisi une nouvelle fois la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, se plaignant du retard dans la mise en œuvre par l'OAI 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'OAI 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'OAI.

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'OAI a confié la réalisation d'une nouvelle expertise orthopédique au Dr K.\_\_\_\_K.\_\_\_\_, [...]. Dans son rapport du 25 novembre 2015, ce médecin a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique, 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 K.\_\_\_\_ a expliqué :

Mme A.L.\_\_\_\_ développe des douleurs de sa cheville D 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 téno-synovial (...) avec téno-synovite et une rupture du court péronier est retenu par le Dr V.\_\_\_\_ suite à une IRM. Suite à ce diagnostic elle est adressée à Z.\_\_\_\_ pour une prise en charge chirurgicale. Nos confrères retiennent une téno-synovite 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 téno-synovite des fibulaires avec subluxation du court fibulaire ». Le Dr. S.\_\_\_\_ organise ainsi un examen dynamique sous US ainsi qu'une infiltration de corticoïde et bupivacaïne. L'US 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.L.\_\_\_\_ est sans traitement spécifique. Une 1<sup>ère</sup> expertise conclut dans un 1er temps à une capacité de travail à 50 %, puis Mme A.L.\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_ 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 K. \_\_\_\_\_ 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 limités. 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 K. \_\_\_\_\_, l'OAI a confié la réalisation d'une expertise psychiatrique au Dr X. \_\_\_\_\_ X. \_\_\_\_\_, 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 X. \_\_\_\_\_ a indiqué :

En conclusion, Mme A.L. \_\_\_\_\_ est une femme de 41 ans, mariée et mère de trois grands enfants dont les aînées auraient pris leur autonomie. Elle ne rapporte pas de problèmes conjugaux et familiaux sortant de l'ordinaire.

Mme A.L. \_\_\_\_\_ est issue d'un milieu rural du Kosovo. 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 K.\_\_\_\_\_ 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.L.\_\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_\_, et une expertise psychiatrique a été réalisée.

Dans un bref rapport médical du 15.03.2016, le Dr K.\_\_\_\_\_ confirme l'inexigibilité de l'activité de peintre en bâtiment ; dans une activité adaptée, il confirme également une CT 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 K.\_\_\_\_\_ 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 X.\_\_\_\_\_, 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 X.\_\_\_\_\_ 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. 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 K.\_\_\_\_\_, le Dr X.\_\_\_\_\_ 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 X.\_\_\_\_\_ ne retient aucune IT 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 K.\_\_\_\_\_. En effet, si l'IT totale dans une activité de peintre en bâtiment ne fait aucun doute, et que l'on peut admettre une CT 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 K.\_\_\_\_\_ 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 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 K.\_\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_\_ 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 K.\_\_\_\_\_ que par le Dr X.\_\_\_\_\_, nous ne pouvons valider la baisse de rendement supplémentaire de 25% retenue par le Dr K.\_\_\_\_\_. 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 de 75% depuis avril 2011, 6 mois post-opératoire.

Invité à se déterminer sur les arguments fournis par le SMR, le Dr K.\_\_\_\_\_ 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<sup>er</sup> mars 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que le degré d'invalidité, fixé à 36 %, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

**H.** Par acte du 29 mars 2017, A.L.\_\_\_\_\_ a formé un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. En substance, elle reprochait à l'OAI d'avoir interprété de manière erronée les expertises réalisées par les Dr K.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, lesquels attestaient d'incapacité de travail de respectivement

44 et 20 %. D'un point de vue global (orthopédique et psychiatrique), il y avait lieu de retenir que l'incapacité de travail était de 70 % au moins.

Dans sa réponse du 12 juin 2017, l'OAI a, en se référant à l'avis du SMR du 8 août 2016, conclu au rejet du recours.

Dans sa réplique du 21 juin 2017, A.L.\_\_\_\_\_ a réitéré les griefs soulevés dans son recours du 29 mars 2017, tout en soulevant des critiques à l'encontre de certains collaborateurs de l'OAI.

Dans ses déterminations du 11 juillet 2017, l'OAI a estimé que la réplique de l'assurée n'appelait pas de commentaires particuliers de sa part.

Dans ses ultimes déterminations du 22 juillet 2017, A.L.\_\_\_\_\_ a renouvelé ses critiques à l'encontre de certains collaborateurs de l'OAI.

**I.** Parallèlement à la procédure relative au droit à la rente, A.L.\_\_\_\_\_ 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'OAI 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'OAI comme objet de sa compétence.

Par courrier du 14 septembre 2016, l'OAI 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'OAI 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.L. \_\_\_\_\_ a interjeté un recours contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. L'affaire, ouverte sous le numéro AI 281/16, n'a pas encore été jugée à ce jour.

**J.** Par requête du 20 juin 2016, réitérée le 1<sup>er</sup> septembre 2016, A.L. \_\_\_\_\_ 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 (cause AI 223/16 - 254/2016), 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.L. \_\_\_\_\_ 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.L. \_\_\_\_\_ pour défaut de motivation.

Par arrêt du 8 juin 2017, la IIe Cour de droit public du Tribunal fédéral (cause 2C\_525/2017) a déclaré irrecevable le recours en matière de droit public formé par A.L. \_\_\_\_\_ pour défaut de motivation.

## **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; 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 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2.** Le litige porte exclusivement sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité.

**3. a)** Dans le domaine de l'assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si elle a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, elle est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui

peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGGA). L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI)

**b)** D'après l'art. 16 LPGGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigé de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 130 V 343 consid. 3.4).

**c)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées).

**d)** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGGA), 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 quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis

contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2 ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

**5.** En l'occurrence, il n'est pas contesté que l'exercice d'une activité de peintre en bâtiment n'est plus exigible de la part de la recourante. Est en revanche litigieuse la question de savoir dans quelle mesure elle est capable d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

**a)** Sur le plan somatique, il convient de retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail réduite de 25 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité sédentaire plutôt assise permettant l'alternance des positions, avec peu de déplacements, pas de montée/descente d'escaliers et port de charges occasionnel limité à 2,5 kg (rapports des Drs J.\_\_\_\_\_ du 22 août 2013 et K.\_\_\_\_\_ du 25 novembre 2015). Ainsi que l'a relevé le SMR dans sa prise de position du 8 août 2016, le dossier ne contient aucun élément médical objectif justifiant de retenir, en sus d'une capacité de travail réduite, une diminution de rendement supplémentaire de 25 %. Le manque de dextérité allégué par le Dr K.\_\_\_\_\_ n'est pas corroboré par des plaintes corrélatives de la recourante et ne résulte pas d'observation clinique ou radiographique auquel ce médecin aurait procédé, mis à part le résultat d'un test de Purdue. Comme l'a d'ailleurs admis implicitement le Dr K.\_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 20 décembre 2016, le bien-fondé

du résultat de ce test doit toutefois être apprécié avec réserve, dès lors que des facteurs externes semblent, ainsi que l'a mis en évidence le Dr X. \_\_\_\_\_ dans le cadre de son évaluation psychiatrique, affecter la situation de la recourante. D'ailleurs, le Dr K. \_\_\_\_\_ a également souligné l'existence de discordances et d'incohérences au status (faible résultat au test de Jamar de force de préhension des mains, en l'absence d'une problématique cliniquement importante sur ce site ; impossibilité de fléchir la hanche à 90 degrés en position couchée, alors que l'intéressée reste assise à 90 degrés de flexion sans difficulté ; ampleur des limitations annoncées au membre inférieur droit alors que l'atrophie musculaire n'est que discrète).

**b)** Sur le plan psychique, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr X. \_\_\_\_\_, selon lesquelles la recourante ne présente aucune atteinte à la santé relevant de la sphère psychiatrique et, partant, aucune incapacité de travail de nature psychiatrique. Contrairement à ce qu'allègue la recourante, la lecture de l'expertise ne laisse nullement apparaître que ce médecin aurait retenu une incapacité de travail de 20 %. Au contraire, celui-ci a retenu le diagnostic de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques et souligné que la symptomatologie relevait de facteurs personnels et socio-culturels qui n'étaient pas assimilables à une maladie au sens strict du terme. Il estimait que l'on était davantage face à un comportement anormal de malade que face à une maladie stricto sensu.

**c)** Plus généralement, la recourante, qui se contente d'affirmer à l'appui de son recours que sa capacité de travail ne dépasse pas 30 %, ne fait valoir aucun élément concret d'ordre médical qui laisserait à penser que les troubles qui l'affectent l'empêcheraient d'exercer notablement une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle ne formule d'ailleurs aucune critique - formelle ou matérielle - à l'égard des rapports médicaux recueillis par l'office intimé au cours de la procédure; elle ne prétend pas que des éléments auraient été ignorés et n'explique pas en quoi les constatations opérées par les médecins consultés seraient incompatibles avec d'autres éléments du dossier, ou justifieraient, à tout le moins, la

mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation qu'a faite l'office intimé de la situation.

**6.** En ce qui concerne la comparaison des revenus nécessaire pour déterminer le taux d'invalidité, la recourante ne conteste pas les valeurs retenues par l'office intimé au titre de revenu sans invalidité (56'602 fr.) et de revenu d'invalidité (36'033 fr. 73), de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'écarter du taux d'invalidité de 36 % calculé par l'office intimé. On soulignera néanmoins que c'est à juste titre que celui-ci s'est écarté du revenu mensuel sans invalidité de 10'000 fr. allégué par la recourante, un tel revenu devant être considéré, au regard du métier exercé avant la survenance de l'incapacité de travail (peintre en bâtiment) ainsi que de l'absence de qualifications et d'expérience dans le domaine, comme un revenu fictif.

**7.** Pour le reste, il n'y a pas lieu d'examiner plus avant les critiques émises à l'encontre de certains collaborateurs de l'OAI, faute pour la recourante d'établir de manière précise et détaillée que les comportements reprochés ont influés sur le sort de la procédure. On précisera néanmoins que l'impartialité des collaborateurs de l'administration ne saurait être remise en question pour le seul motif que les conclusions auxquelles ceux-ci aboutissent ne correspondent pas au point de vue défendu par l'administré (TF 9C\_499/2013 du 20 février 2014, consid. 6.4.5, in SVR 2014 IV n° 13 p. 50).

**8. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**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'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; le montant des frais est fixé

en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD).

**c)** Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 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 1<sup>er</sup> mars 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
  
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
  
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- B.L. \_\_\_\_\_ (pour A.L. \_\_\_\_\_)
- 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).

Le greffier :