

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2018

Composition : M. PIGUET, président
Mme Brélaz Braillard, juge et M. Oppikofer, assesseur
Greffier : M. Schild

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représentée par Procap, à Bienne,

et

A. _____, à Vevey, intimé.

Art. 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, travaillait à temps partiel depuis le 27 janvier 2014 en qualité de téléphoniste au sein de l'entreprise Z. _____ SA.

Victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) survenu le 27 mars 2014, B. _____ a déposé le 16 juin 2014 une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

Renseignant l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 20 juin 2014, le Dr W. _____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a posé plusieurs diagnostics avec effets sur la capacité de travail, soit notamment :

- un AVC pontique avec hypoesthésie de la face gauche le 27 mars 2014 sur probable sténose artérielle vertébrale gauche de 70%-80% ;
- hernie discale L5-S1 à gauche déficitaire (diminution force flexion dorsale pied gauche M4 et troubles sensitifs) non-opérable ;
- diabète de type II non insulino-requérant ;
- polyarthrose des mains ;
- gonarthrose gauche débutante, associé à une tendinopathie de la patte d'oie.

Concernant la capacité de travail de l'assurée, le Dr W. _____ a constaté que sa patiente se trouvait en arrêt de travail complet depuis son AVC du 27 mars 2014, qu'elle avait subi plusieurs malaises, chutes et petits accidents et que sa marche en était ainsi troublée, entraînant un risque de chute et une capacité de travail nulle. Pour le Dr W. _____, l'activité précédemment exercée n'était plus exigible, le rendement de l'assurée était nul et l'on ne pouvait s'attendre à une amélioration de sa capacité de travail.

Sur recommandation du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), l'OAI a ordonné une expertise neurologique, confiée au Dr H. _____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 21 avril 2015, ce médecin a posé comme diagnostics incapacitants des troubles de l'équilibre proprioceptifs et des douleurs neurogènes des membres inférieurs sur polyneuropathie diabétique associée à une irritation radiculaire L5-S1 sur arthrose lombaire basse, sans hernie discale et sans déficit radiculaire. Concernant les diagnostics dénués d'effets sur la capacité de travail, le médecin a retenu un status après accident ischémique transitoire (AIT) ou AVC mineur avec hémisyndrome sensitif gauche répressif, se manifestant actuellement uniquement par une dysesthésie subjective des lèvres à gauche ainsi qu'un niveau cognitif bas constitutionnel avec scolarité à minima, aggravé pas des éléments anxio-dépressifs. Il a également retenu les éléments suivants :

5. *Appréciation du cas et pronostic*

Le tableau neurologique est actuellement dominé par les troubles de l'équilibre et les dysesthésies douloureuses des membres inférieurs, dans le cadre premièrement d'une polyneuropathie sensitive d'origine diabétique, avec également une composante liée à une arthrose lombaire inférieure sténosant les trous de conjugaison à prédominance L5 et Si. Bilatéralement, et se traduisant par des irradiations radiculaires dans les territoires correspondants, mais sans déficit neurologique. Il n'existe en revanche aucune séquelle significative de l'ancien AVC ayant entraîné un hémisyndrome sensitif gauche régressif, hormis une dysesthésie des lèvres à gauche, sans lésion visible à l'IRM, et correspondant donc à un AVC mineur, quasiment un AIT.

L'examen neuropsychologique montre un niveau cognitif assez bas, explicable constitutionnellement, avec un niveau faible de scolarité, mais sans corrélation avec une pathologie cérébrale particulière. Ceci est renforcé par des éléments anxio-dépressifs.

Dans ce contexte, la limitation principale sur le plan des activités professionnelles est liée aux troubles de l'équilibre et aux douleurs des membres inférieurs, justifiant une activité à priori sédentaire, sans nécessité d'importants déplacements, mais avec cependant la possibilité de changer de position de temps en temps. Ceci pourrait par exemple être effectué dans le cadre d'un travail adapté de téléphoniste, ou d'autres activités de bureau comme du classement, etc, des possibilités plus élaborées étant limitées par le niveau faible de formation ainsi que les performances cognitives observées aujourd'hui.

Au plan du pronostic, la polyneuropathie diabétique est potentiellement susceptible de péjoration, mais visiblement l'évolution est lente, alors que le tableau lombaire, sans discopathie réellement significative, et uniquement avec les éléments arthrosiques, paraît plutôt stable. Un risque de récurrence d'AVC reste évidemment possible chez cette patiente avec facteurs de risque, notamment diabète et tabagisme.

B. Influence sur la capacité de travail

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Niveau cognitif et scolaire bas, les limitations médicales étant liées aux troubles de l'équilibre et aux douleurs des membres inférieurs, avec limitation des déplacements, ainsi que du maintien prolongé d'une position, avec nécessité de se « débourdir les jambes ». Pas de limitation particulière aux membres supérieurs, pas d'atteinte sensorielle non plus.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?

Si l'on prend la dernière activité de la patiente, à savoir téléphoniste, on peut envisager une incapacité de travail de 25%, en sachant que de toute façon, l'activité n'était effectuée qu'à 50% auparavant, et donc une reprise à ce taux pourrait être envisagée sans autre.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

75%.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible ? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour) ?

Oui, aux horaires habituels, dans le cadre de la limitation susmentionnée.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure ?

Pas spécifiquement, si la patiente peut avoir une activité à prédominance sédentaire, mais néanmoins pouvoir se débourdir les jambes épisodiquement pendant quelques secondes.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins ?

Cette évaluation paraît valable depuis longtemps, déjà en 2012-2013.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors ?

Stabilité, hormis la limitation transitoire de la capacité de travail au moment de l'événement cérébrovasculaire, mais très rapidement résolutif.

Constatant la nécessité d'une expertise médicale psychiatrique afin de clarifier le droit aux prestations de l'assurée, l'OAI en a confié la réalisation au Dr V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 1^{er} février 2017, le Dr V._____ a retenu les éléments suivants :

En conclusion, l'examen de l'expertisée ne m'a pas permis de mettre en évidence une pathologie psychiatrique entraînant une incapacité de travail, ni même de poser un quelconque diagnostic psychiatrique. De ce fait, j'estime que, sur le plan psychiatrique, l'expertisée jouit d'une pleine capacité de travail.

Dans un avis du 3 mars 2017, le Dr P._____, spécialiste en médecine de travail et médecin auprès du SMR, a retenu une capacité de travail exigible de 75% dans toute activité, sauf comme caissière.

Dans un projet de décision du 11 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de rejeter sa demande de prestations, motif pris que l'assurée présentait un degré d'invalidité de 25%, n'ouvrant pas de droit à une rente de l'assurance-invalidité.

Par courrier du 21 avril 2017, l'OAI a interpellé le Dr W._____ en lui soumettant un questionnaire concernant la situation actuelle de l'assurée. Le médecin y a donné suite par le biais d'un rapport médical, daté du 27 avril 2017. Il y a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail suivants :

- lombalgie multifactorielle survenant dans un contexte d'hernie discale L4-L5 avec conflit racine L5 gauche et une hernie discale L5-S1 gauche, troubles dégénératifs pluri-étagés avec trois infiltrations le 6 octobre 2014, le 30 janvier 2015 et le 13 mars 2015 avec peu d'effet,
- douleurs chroniques des deux pieds multifactorielles (séquelles d'une fracture de fatigue du pied gauche en mai 2016 [fracture cuboïde et base du 3^{ème} métatarsien] et du pied droit en mars 2017 [fracture base du 3^{ème} métatarsien],

tendinopathie fusiforme du tendon d'Achille et enthésopathie inflammatoire aponévrose plantaire superficielle du pied droit [IRM du pied du 11 mai 2015], début d'arthrose entre le cuboïde et la base du 4^{ème} métatarsien gauche [IRM pied gauche du 14 mars 2017] et séquelles d'une hernie discale L5-S1),

- douleurs et paresthésies des deux mains sur polyarthrose, maladie du Dupuytren de la main gauche, status post cure du canal carpien gauche de décembre 2016, avec persistance d'un très discret élargissement d'amont du nerf médian (2 mm versus 1,5 mm du rétinaculum).

Concluant à une incapacité totale de travail tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée dès le 27 mars 2014, le médecin a retenu les limitations fonctionnelles suivantes :

- position assise pas supportée plus que 20 minutes (lombalgies et paresthésies dans les 2 membres inférieurs),
- marche difficile, surtout sur terrain irrégulier, dans le bus, etc.,
- position debout péjore les paresthésies et instabilité des 2 pieds avec un risque de chute élevé,
- pas de porte des charges (dos et mains),
- difficultés à saisir des choses avec les mains.

Dans un avis SMR du 22 juin 2017, le Dr P. _____ s'est déterminé comme suit sur la situation de l'intéressée :

Notre position : après lecture de ces documents, nous ne voyons pas de limitations fonctionnelles nouvelles qui ne permettraient pas un travail adapté de type téléphoniste à 75% ou d'autres activités de bureau comme du classement, pourvu que le poste soit sédentaire. Un RM d'orthopédie insiste sur la mauvaise hygiène de vie (obésité, tabagisme important, et diabète). Pour rappel, en 2015 l'assurée insistait sur la nécessité pour elle de recevoir une rente et non de reprendre une activité. En 2016, lors de l'expertise psy., la vie quotidienne montrait que l'assurée faisait ses courses et disposait de ressources aussi. Nous faisons remarquer que : a/ les lombalgies multifactorielles sont sans déficit moteurs, comme déjà connus antérieurement, et elles étaient bien prises en compte en 2015, comme le diabète et sa polyneuropathie diabétique. b/ l'arthrose du pied évoluait par ailleurs bien avant la fracture et ne gênait pas l'assurée dans ses déplacements (cf. courses). Même des séquelles de fracture de fatigue du pied G ne contre-indiquent pas l'AH comme

antérieurement. Enfin, la dernière IRM du pied D du 14.03.17 ne montre pas de tendinopathie, ni d'entésopathie, qui pourrait faire suspecter une arthropathie inflammatoire (en plus pas d'ex. biologiques). Cf. l'IRM cérébrale du 03.11.16 est très rassurante, sans AVC noté, et un canal carpien n'est pas incapacitant, tout comme les diagnostics non incapacitants figurant en c/ du RM du Dr W._____. Pour toutes ces raisons, nous n'avons aucune raison de nous écarter des constatations antérieures chez cette femme de 55 ans, tout en insistant comme un de nos confrères sur les mesures hygiéno-diététiques (obésité, tabac), qui ne peuvent qu'améliorer l'assurée.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée.

Par décision du 27 juin 2017, l'OAI a confirmé son projet du 11 avril 2017 et rejeté la demande de prestations de l'assurée. Suite aux expertises effectuées en mars 2015 et en janvier 2017 et compte tenu des éléments médicaux en sa possession, l'incapacité durable de travail et de gain de l'assurée se montait à 25% dans une activité adaptée à son état de santé, y compris l'activité de téléphoniste. Le degré d'invalidité de 25% était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité.

B. **a)** Par acte de recours du 28 août 2017, B._____ a, par l'intermédiaire de Procap, déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision rendue par l'OAI le 27 juin 2017, à la condamnation de l'OAI au versement des prestations légales découlant de l'assurance-invalidité, en particulier une rente d'invalidité, et, le cas échéant, à ce que toutes les mesures d'instructions utiles soient ordonnées. Subsidièrement, l'assurée a conclu au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment sur le plan médical, puis nouvelle décision dans le sens des considérants.

L'assurée contestait en premier lieu la valeur probante du rapport d'expertise du 21 avril 2015 établi par le Dr H._____. A son avis, ce rapport ne prenait pas en compte l'évolution défavorable de son état de santé, survenue postérieurement au rapport d'expertise en cause. Une comparaison entre le rapport du Dr H._____ et les données actuelles du Dr W._____ mettait en évidence une modification de la situation : en premier lieu, une péjoration de sa situation lombaire ne lui permettait plus

de supporter la position assise plus de vingt minutes ; les douleurs aux mains rendaient la saisie des choses très difficile ; quant au port de charges, il était désormais impossible. Pour l'assurée, ni le rapport du Dr H. _____ ni l'avis médical établi par le SMR ne pouvait servir de base suffisante afin de statuer sur son droit aux prestations. L'annulation de la décision attaquée ainsi qu'une instruction complémentaire étaient dès lors justifiées.

b) Dans sa réponse du 26 octobre 2017, l'OAI a, en se référant à un nouvel avis du SMR du 19 octobre 2017, proposé le rejet du recours. Il estimait que les différentes pièces médicales produites postérieurement au rapport d'expertise neurologique du 21 avril 2015, notamment l'IRM (imagerie à résonance magnétique) cérébrale avec angio-IRM cérébrale et pré-cérébrale du 3 novembre 2016, ne mettaient pas en évidence d'anomalies nouvelles ni un AVC.

c) Répliquant en date du 14 décembre 2017, l'assurée a confirmé la teneur de son recours du 28 août 2017. Elle contestait intégralement l'appréciation du SMR développée dans l'avis du 19 octobre 2017. Elle soutenait qu'elle présentait des douleurs aux deux pieds à la charge lors de la marche, des troubles de l'équilibre dus à l'instabilité des deux pieds, une marche dans les escaliers rendue très difficile et que tout port de charge était impossible. Elle a fait valoir que le Dr W. _____ avait expressément évoqué une péjoration des lombalgies et soutenait que l'avis SMR du 19 octobre 2017, en refusant de se prononcer sur la péjoration de son état de santé, ne se référait pas à son état de santé actuel. Elle précisait enfin qu'elle allait subir le 15 décembre 2017 une nouvelle intervention chirurgicale au niveau de la main gauche.

d) Par duplique du 18 janvier 2018, l'OAI a estimé que les arguments développés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé de sa décision, renvoyant à l'avis SMR du 22 juin 2017 et à un nouvel avis du SMR daté du 10 janvier 2018.

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 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 a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le degré d'invalidité à la base de cette prestation.

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.

b) D'après l'art. 16 LPGA, 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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve 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).

4. La recourante soutient que l'expertise médicale du 21 avril 2015 établie par le Dr H._____ ne revêt pas de valeur probante. En effet, dite expertise est datée de plus de deux ans et ne peut ainsi tenir compte de la péjoration de son état de santé survenue depuis le moment de sa réalisation.

a) En premier lieu, il n'est pas contesté que la recourante ne présente aucune atteinte à la santé psychique susceptible d'avoir une influence sur sa capacité de travail.

b) Sur le plan somatique, le Dr H._____ a souligné que le tableau neurologique était dominé par des troubles de l'équilibre et des dysesthésies douloureuses des membres inférieurs, dans le cadre d'une polyneuropathie sensitive d'origine diabétique, avec au surplus une composante liée à une arthrose lombaire inférieure sténosant les trous de conjugaison à prédominance L5 et S1 bilatéralement et se traduisant par des irradiations radiculaires dans les territoires correspondants, sans déficits neurologiques. Fort de ces éléments, il a estimé que la limitation principale sur le plan fonctionnel était liée aux troubles de l'équilibre et aux douleurs des membres inférieurs, lesquels justifiaient une activité sédentaire, sans nécessité d'importants déplacements et avec possibilité de changer de position de temps en temps. La recourante présentait ainsi une incapacité de travail de 25 % dans toute activité.

c) Le rapport du Dr W._____ du 27 avril 2017 ainsi que les pièces médicales versées au dossier par ce médecin au cours de la procédure ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation du Dr H._____ et ne justifient pas, à tout le moins, la mise en œuvre d'une mesure d'instruction complémentaire.

aa) Concernant les douleurs lombaires, le Dr H._____ a indiqué qu'il n'existait pas, d'après l'imagerie médicale, d'anomalie discale significative de L1 à L4 ; en L4-L5, il existait une discopathie modérée avec arthrose facettaire non congestive, sans conflit radiculaire et sans canal étroit ; en L5-S1, il existait une discarthrose plus marquée avec prolapsus discal et arthrose facettaire non congestive, avec sténose dégénérative des trous de conjugaison modérée – un conflit radiculaire restant cependant incertain –, sans signe inflammatoire. En tant que le Dr W._____ soutient que la situation s'est péjorée, il ne peut être suivi, ses allégations n'étant pas objectivement documentées.

bb) Concernant les douleurs aux pieds, le Dr H._____ a expliqué qu'elles étaient principalement liées à une polyneuropathie sensitive d'origine diabétique. Il est cependant vrai que la recourante a présenté des fractures de fatigue aux deux pieds (en 2016 pour le pied gauche et en 2017 pour le pied droit). Toutefois, ni le Dr G._____ dans son rapport du 16 janvier 2017, ni le Dr V._____, dans son rapport d'expertise du 1^{er} février 2017, ne font mention de la première fracture dans le cadre de leur anamnèse, de sorte que l'on peut raisonnablement en déduire que l'atteinte a été transitoire. En l'absence de renseignements médicaux récents attestant d'une évolution défavorable de la seconde fracture de fatigue, rien ne laisse à penser que l'atteinte n'aurait pas été transitoire également. Au surplus, il sied de rappeler que l'activité préconisée dans la situation de la recourante est une activité principalement sédentaire, appréciation qui englobe par conséquent les limitations mentionnées par le Dr W._____ dans son rapport (troubles de l'équilibre dus à l'instabilité des deux pieds, marche très difficile dans les escaliers, port de charges impossible).

cc) Concernant finalement les douleurs aux mains, la recourante semble avoir fait l'objet de plusieurs interventions chirurgicales pour un syndrome du tunnel carpien bilatéral. Au vu cependant des pièces présentes au dossier, cette pathologie est très peu documentée. Dans son

expertise médicale, le Dr H._____ a cependant indiqué que les tunnels carpiens opérés ne présentaient pas de nettes séquelles.

d) Sur un plan plus général, force est de constater que les limitations décrites par le Dr W._____ ne semblent nullement incompatibles avec l'activité adaptée telle que décrite par le Dr H._____, soit une activité sédentaire dans le milieu tertiaire. D'ailleurs, il ressort de l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr V._____ que la recourante dispose de ressources physiques et psychiques non négligeables.

e) Dans la mesure où la capacité de travail de la recourante est encore de 75% dans son ancienne activité, le revenu qu'elle pourrait obtenir en mettant à profit sa capacité résiduelle de travail correspond à une incapacité de gain 25% (comparaison en pour-cent ; ATF 114 V 310 consid. 3a). Le taux d'invalidité doit par conséquent être fixé à 25 %, taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

5. 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
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 27 juin 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 B._____.
- 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 :

- Procap, pour la recourante,
- l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud,
- l'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 :