

## VD\_FINDINFO AI 255/17 - 113/2020 vom 21. April 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-04-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AI\\_255\\_17\\_-\\_113\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_255_17_-_113_2020)

FR: VD\_FINDINFO AI 255/17 - 113/2020 du 21 avril 2020

IT: VD\_FINDINFO AI 255/17 - 113/2020 del 21 aprile 2020

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 20.08.2020 (publié) AI 255/17 - 113/2020

TRIBUNAL CANTONAL AI 255/17 - 113/2020 ZD17.036118 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 21 avril 2020 \_\_\_\_\_ Composition : M. Piguet , président Mme Pasche, juge, et Mme Silva, assesseure Greffière : Mme Guardia \*\*\*\*\* Cause pendante entre : K. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 al. 1, 16, 17 et 28a LPG A ; art. 4 al. 1 et 28 LAI et art. 88a RAI E n f a i t : A. a) K. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], sans formation, a exercé l'activité de femme de ménage durant plusieurs années, puis a cessé toute activité lucrative en 2010. Elle a été victime d'une déféstration accidentelle le 31 mai 2012 [...], qui a entraîné un polytraumatisme avec hémopéritoine massif sur rupture du lobe hépatique droit, contusions pulmonaires bilatérales sans pneumothorax, instabilité hémodynamique, hypoxie, rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë oligo-anurique, coagulopathie de consommation et coagulation intravasculaire disséminée et fractures des deux poignets (fracture intra-articulaire radius droite et styloïde ulnaire droite, fracture du scaphoïde, trichetrum et styloïde radial gauche). Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 26 août 2013, indiquant une incapacité entière de travail depuis le jour de l'accident. Interrogée par l'OAI, la Dre L. \_\_\_\_\_ , spécialiste en médecine interne générale et médecin traitante de l'assurée, a indiqué, dans un questionnaire du 10 septembre 2013, que des activités dans différentes positions étaient exigibles de celle-ci à 40 %. Le Dr M. \_\_\_\_\_ , médecin-conseil auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a rendu un avis médical le 15 avril 2014, dans lequel il a observé, sur la base du dossier médical de l'assurée, que cette dernière présentait une atteinte à la santé sévère et incapacitante dans toute activité depuis l'accident. L'évolution était favorable. Il persistait un problème d'éventration sus et sous-ombilical. Selon les informations recueillies auprès de la Dre L. \_\_\_\_\_ , il existait une capacité de travail dans une activité adaptée de 40 % depuis septembre 2013 vraisemblablement. La situation n'était pas stabilisée et les médecins traitants devaient être interrogés, de même que le service de réadaptation de l'assurance-invalidité. La Dre L. \_\_\_\_\_ a fait part à l'OAI, le 25 avril 2014, d'une situation stable sur le plan rénal et d'une bonne évolution de l'éventration avec port d'une ceinture. Il persistait une fatigabilité sur l'insuffisance rénale et un déconditionnement. La capacité de travail était de 40 % dans une activité adaptée depuis le 12 mars 2014 avec possibilité d'augmentation progressive. Les limitations fonctionnelles consistaient en l'absence de port de charges de plus de 10 kg, de rotation ou de flexion du tronc et de montées fréquentes d'escaliers. L'activité devait être de préférence sédentaire et sans effort. Dans un rapport adressé à l'OAI le 20 avril 2015, la

Dre D. \_\_\_\_\_, nouvelle médecin traitante de la recourante depuis mars 2015, a indiqué que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans son ancienne activité de femme de ménage. L'exercice d'une activité adaptée était possible dès à présent, sans qu'il ne soit possible de déterminer laquelle au vu des nombreuses limitations fonctionnelles. Le 3 juin 2015, le Dr M. \_\_\_\_\_ a rendu l'avis médical suivant : Assurée de [...] ans, sans formation professionnelle, femme au foyer, ayant souffert des conséquences d'une grave chute survenue le 31.05.12, d'évolution lentement favorable, et présentant comme complication une insuffisance rénale chronique de stade 4, une éventration traité[e] actuellement de manière conservatrice, un déconditionnement et une fatigabilité augmentée. L'incapacité de travail est totale dans toute activité depuis la date de l'accident (31.05.12). Depuis septembre 2013, la capacité de travail est de 40 % dans une activité adaptée, avec possibilité d'augmentation en fonction de l'évolution. Dans notre précédent avis, nous avons défini les limitations fonctionnelles à l'aide du médecin traitant, mais ne nous étions pas prononc[és] sur la CT [capacité de travail] dans l'activité habituelle, l'assuré[e] n'ayant pas d'activité professionnelle. L'assuré[e] a été vu[e] dans le service de réadaptation en mai 2014. Aucune mesure n'a été mise en place. Le Dr [...], chirurgien, n'a pas revu l'assurée depuis octobre 2013. Le médecin traitant et le néphrologue actuel ont été réinterrogé[s]. La Dresse D. \_\_\_\_\_ (médecin[e] générale, 20.04.15) suit l'assurée depuis mars 2015. Elle rapporte que l'assurée doit porter sa ceinture abdominale à vie (non opérable), qu'elle présente un risque de chute augmenté (trouble de la marche sur polyneuropathie des SI avec récupération partielle), et que la force et la mobilité de sa main droite sont diminuée[s] (suite de la fracture). L'examen clinique n'est pas décrit. Elle atteste une IT [incapacité de travail] de 50 % depuis 2010 en tant que nettoyeuse, puis mentionne que l'activité habituelle n'est plus exigible. Absence de restrictions mentales. Restriction de langage (non francophone). Une activité adaptée est possible dès à présent (non chiffrée), mais elle ne voit pas quelle activité elle pourrait exercer. Elle propose que l'assurée[e] soit vue par un médecin AI [assurance-invalidité] afin d'évaluer la situation. Dans les consultations annexes, le Dr [...] (néphrologue) décrit en avril 2015 un état général conservé. Ce dernier rapporte en avril 2015 que le diagnostic néphrologique n'a actuellement pas d'influence sur la CT, à l'inverse des conséquences physiques liées aux polytraumatismes. Conclusion : Assurée ayant souffert d'un grave polytraumatisme, justifiant l'IT total[e] en tout cas jusqu'en septembre 2013. Si nous considérons l'activité habituelle comme étant celle de femme de ménage, la capacité de travail, au vu des limitations fonctionnelles (RM [rapport médical] du 20.04.15 et avis SMR du 08.05.14) est durablement nulle. La CT dans une activité adaptée avait été estimée par l'ancien médecin traitant à 40 %. Actuellement, le nouveau médecin de l'assuré[e] ne se prononce pas clairement à ce sujet, mais laisse entendre d'une part qu'une activité adapté[e] serait envisageable, et d'autre part qu'il n'en existerait probablement pas au vu des LF [limitations fonctionnelles]. Il semble également que des facteurs non médicaux entre[nt] en ligne de compte. Le statut n'a pas encore été défini. Nous vous proposons dans ce contexte, en se basant sur les LF retenues jusqu'ici, et en débutant au maximum à un taux de 40 %, d'évaluer la mise en place d'un stage d'observation, si possible couplé à une évaluation médicale ( [...]). L'OAI a mis en œuvre une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée, dont le rapport du 28 septembre 2015 retient un statut d'active à 100 %. L'assurée avait en effet expliqué avoir cessé toute activité en 2011 pour garder ses petits-enfants et permettre à sa belle-fille de travailler. Sans atteinte à la santé, elle aurait repris une activité professionnelle à temps complet en 2013, soit dès la scolarisation de ses petits-enfants. L'invalidité dans la tenue du

ménage était de 50 % selon l'enquêtrice. L'enquêtrice de l'OAI a également fait le même jour une enquête d'impotence et indiqué, sur le rapport topique du 30 septembre 2015, que l'assurée avait besoin d'aide pour prendre sa douche, en raison d'un risque important de chute et de l'impossibilité de se pencher. Le risque de chute impliquait également la présence d'une tierce personne pour tout déplacement à l'extérieur. L'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'observation professionnelle à l'E. \_\_\_\_\_, qui s'est déroulée du 19 octobre au 20 novembre 2015. Il ressort du rapport final de cette mesure du 15 décembre 2015 qu'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible de l'assurée à 50 %, avec un rendement d'environ 25 %. L'assurée avait suivi le stage avec difficulté. Elle était très plaintive et avait souvent pleuré. Elle avait été absente à plusieurs reprises ou demandait à pouvoir rentrer chez elle. Elle se rendait régulièrement dans les vestiaires pour se reposer ou calmer son anxiété. Elle semblait avoir beaucoup de peine à surmonter sa situation et n'était pas dans une dynamique de reprise professionnelle. Le médecin-conseil de E. \_\_\_\_\_ a également établi un rapport le 23 novembre 2015. Les séquelles du polytraumatisme étaient une polyneuropathie des membres inférieurs, surtout à droite, des troubles de la marche, une limitation du poignet du membre supérieur droit, une éventration et une insuffisance rénale de stade 4. L'assurée restait très marquée psychologiquement par ce polytraumatisme et les complications nombreuses et sévères qui l'avaient suivi. Elle n'était pas du tout dans l'optique d'une reprise professionnelle. A l'atelier, l'assurée était plaintive, démonstrative, peu à sa place de travail. Elle cherchait à démontrer qu'elle avait mal, soupirait, marchait en boitant, penchée en avant. Son rythme de travail était très faible, son intérêt aux activités inexistant. Elle n'adaptait pas l'ergonomie du poste de travail, adoptait même des positions antiphysiologiques. Les retards le matin étaient fréquents. Au terme des quatre semaines de stage, il y avait lieu de constater que l'assurée était plus venue démontrer qu'elle ne pouvait rien faire que chercher une solution de réintégration professionnelle. Son comportement la rendait inemployable, ce qui ne voulait pas dire qu'elle n'avait pas de capacité de travail. Il n'était toutefois pas possible de la chiffrer. Une activité à mi-temps était certainement possible avec toutefois un rendement réduit du fait des limitations de la main droite chez une droitnière, pour un travail léger à l'établi ou du conditionnement léger. Dans un avis du 4 août 2016, le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du SMR, a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise bi-disciplinaire en médecine physique/réhabilitation et en psychiatrie. L'OAI a mandaté à cette fin les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. Dans son rapport du 14 novembre 2016, le Dr T. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic, sans incidence sur la capacité de travail, de trouble anxieux et dépressif mixte léger secondaire aux douleurs. Il n'y avait pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique, ni au moment de l'entretien, ni du point de vue anamnestique, qui justifiaient l'incapacité de travail de l'assurée. Il n'y avait pas d'exagération des symptômes, mais une certaine démonstrativité des douleurs avec des attitudes plaintives durant l'entretien. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 2 décembre 2016, après entretien bi-disciplinaire avec le Dr T. \_\_\_\_\_. Il a retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de déconditionnement physique global (lombalgies et cervicobrachialgies chroniques sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire) ; de faiblesse du membre inférieur droit modérée sur probable syndrome d'enclavement du nerf sciatique poplitée externe ; de douleurs et parésie du poignet droit sur probable pseudarthrose (status post fractures intra-articulaires radius droit, styloïde ulnaire droit, scaphoïde triquétrum et styloïde radial gauche traitées conservativement ; status post

débridement et pose d'un lambeau de rotation et greffe de peau pour la plaie de la face palmo-cubitale du poignet droit) et de troubles de la marche avec parésie partielle du releveur du pied sur probable syndrome du nerf sciatique poplité externe. La capacité de travail dans l'activité antérieure de femme de ménage était, d'un point de vue bi-disciplinaire, de 70 %, avec une baisse de rendement de 20 % en raison du déconditionnement physique. La capacité de travail dans une activité adaptée était de 100 % avec une baisse de rendement d'environ 20 % en raison du déconditionnement physique. L'assurée devait éviter le port de charge avec la main droite de plus d'un kilo, les longs déplacements en terrain plat ou accidenté et les mouvements d'antéversion du torse de manière répétitive. Dans un avis du 10 janvier 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_ a, sur la base des expertises précitées, retenu une capacité de travail de 70 % avec baisse de rendement de 20 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts. Dans un nouveau rapport d'enquête sur le ménage du 10 mars 2017, l'OAI a retenu un statut de ménagère jusqu'à fin 2012, puis de personne active à 100 % dès 2013. L'invalidité dans la tenue du ménage était de 49 %. S'agissant de la question d'une éventuelle allocation pour impotent, l'OAI a interrogé le SMR, lequel a observé, dans un avis du 19 avril 2017, qu'au plus tard en septembre 2015, l'assurée ne nécessitait plus d'aide pour aucun acte de la vie quotidienne. L'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente pour impotence de degré faible limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 mars 2015. Dans la mesure où l'expertise ne précisait pas exactement la date d'exigibilité d'une activité adaptée, le Dr P. \_\_\_\_\_ a proposé, dans un avis médical du 8 mai 2017, de retenir le 20 avril 2015, date du rapport médical établi par la Dre D. \_\_\_\_\_, dans lequel elle estimait la capacité de travail à 50 %. Le 10 mai 2017, l'OAI a rendu un projet d'acceptation de rente, octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> février 2014 au 31 juillet 2015. Au-delà, l'assurée ne subissait plus de préjudice économique, une activité adaptée lui procurant le même revenu que son activité habituelle. La Dre D. \_\_\_\_\_ a contesté le projet de décision précité par courrier à l'OAI du 16 mai 2017. Selon elle, les séquelles de l'accident (volumineuse éventration sous-ombilicale, troubles de l'équilibre et de la marche et choc psychologique) et le besoin d'aide de l'assurée pour la plupart des activités quotidiennes entraînaient toujours une incapacité totale de travailler dans toute activité, ainsi qu'une impotence de degré moyen. L'assurée a quant à elle contesté le projet précité le 29 mai 2017 par le biais de son assurance de protection juridique, estimant que son état de santé justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps. Dans un avis du 13 juin 2017, le Dr P. \_\_\_\_\_ a considéré que l'absence d'élément nouveau tant sur le plan médical que relativement aux données recueillies lors de l'enquête ménagère justifiait le maintien de la position du SMR. Le 19 juin 2017, l'OAI a rendu une décision d'octroi d'une rente entière limitée dans le temps du 1<sup>er</sup> février 2014 au 31 juillet 2015. Le 8 août 2017, l'OAI a rendu une décision d'octroi d'une allocation pour impotence faible du 1<sup>er</sup> mai 2013 au 31 mars 2015. B. Par acte du 21 août 2017, K. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision de rente du 19 juin 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité illimitée dans le temps. Par réponse du 2 octobre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. L'assurée, par l'intermédiaire de son fils, a confirmé ses conclusions par écriture reçue le 26 octobre 2017. Elle a produit un rapport médical du 24 octobre 2017 de la Dre D. \_\_\_\_\_, lequel indiquait qu'une ostéonécrose aseptique de la tête fémorale gauche avait été mise en évidence et que sa patiente était mise au repos strict durant deux mois et serait réévaluée par un orthopédiste pour la suite de la prise en charge.

L'assurée a également produit un rapport d'IRM des hanches du 3 octobre 2017 constatant les lésions de la tête fémorale de la hanche gauche. Le 27 septembre 2018, le Juge instructeur a ordonné la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire dont il a confié la réalisation à [...]. Le 21 décembre 2018, l'assurée a subi une chirurgie électorale visant à la mise en place d'une prothèse totale de la hanche gauche. Dans un rapport du 12 février 2019, le Dr [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué que le résultat de cette intervention était très satisfaisant d'un point de vue clinique et radiologique et que la recourante pouvait reprendre toutes ses activités habituelles et lâcher les cannes qu'elle prenait pour s'assurer, un prochain contrôle étant prévu d'ici un an. Dans le cadre de l'expertise confiée à la [...], l'assurée a été examinée par les Drs N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, B.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, R.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans un rapport du 19 novembre 2019 dont les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 29 octobre 2019, en présence des Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin responsable, N.\_\_\_\_\_, et B.\_\_\_\_\_, il a été retenu ce qui suit : 7. Personnalité 7.1 Est-ce que l'assuré(e) présente un trouble de personnalité selon les critères diagnostiques des ouvrages de référence et si oui, lequel (quel code) ? Madame K.\_\_\_\_\_ a présenté d'excellentes ressources adaptatives jusqu'à son accident de 2012. Elle a bien fonctionné dans sa vie personnelle, familiale et même professionnelle durant de nombreuses années, ce qui va à l'encontre d'un trouble de la personnalité. Globalement les relations établies sur le plan social et professionnel ainsi que familial ont été bonnes selon l'anamnèse. Madame K.\_\_\_\_\_ semble avoir été capable de gérer ses émotions. L'intégration en Suisse a été bonne. [...] 8. Ressources Quelles sont les ressources résiduelles de l'individu sur les plans a) Somatique : c'est l'absence de pathologie ostéo-articulaire limitante sévère, séquellaire. C'est la réussite de l'opération de prothèse totale de hanche gauche. C'est l'absence de séquelle neurologique grave après le sévère polytraumatisme de 2012. b) Psychique : il n'y a pas de pathologie psychiatrique invalidante, ce qui représente une bonne ressource. Ceci malgré le traumatisme subi en 2012. Il n'y a pas d'élément pour un état de stress post-traumatique. c) Mental : il n'y a aucune évidence de déficience mentale qui aurait perturbé le parcours notamment professionnel de base de Madame K.\_\_\_\_\_ ni susceptible d'entraver son autonomie concernant les activités de la vie quotidienne de base. d) Social : Madame K.\_\_\_\_\_ peut s'appuyer sur un réseau social et surtout familial très présent et soutenant. Il n'y a pas d'explication ni somatique ni psychique pour le fait qu'elle s'est malgré tout enlisée dans un vécu de malade. [...] B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances 1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus. 1.1 Diagnostic(s) ayant une répercussion sur la capacité de travail · Syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur avec : - Status après polytraumatisme secondaire à une déféstration en 2012 comprenant : - Des fractures intra-articulaires du radius droit et de la styloïde ulnaire droite et du scaphoïde, triquetrum et de la styloïde radiale gauche, traitées conservativement - Status après débridement et pose d'un lambeau de rotation et greffe de peau pour plaie de la face palmo-cubitale du poignet droit - Choc hémorragique sur hémopéritoine massif avec rupture hépatique, rhabdomyolyse, coagulopathie de consommation, complications infectieuses abdominales avec laparostome puis volumineuse éventration sus et sous-ombilicale séquellaire - Contusion pulmonaire bilatérale sans pneumothorax · Nécrose aseptique de la tête fémorale gauche, avec mise en place d'une PTH gauche par voie antérieure le 21.12.2018 · Neuropathie du nerf sciatique poplité

externe droit au niveau du col du péroné, avec déficit moteur et sensitif, confirmé à l'examen électrophysiologique 1.2 Diagnostic(s) sans répercussion sur la capacité de travail · Insuffisance rénale chronique de stade G2-3A1 sur status après insuffisance rénale aiguë dialysée (suite à l'accident de 2012) · Obésité de grade I · Dysthymie 1.3 Interactions des diagnostics : [...] Lors de notre colloque de synthèse nous avons souligné le grave polytraumatisme dont a été victime Madame K. \_\_\_\_\_ en 2012. Malgré cela et « le choc psychologique » que cela aurait pu engendrer, Madame K. \_\_\_\_\_ n'a pas présenté dans les suites de cet événement de pathologie psychiatrique grave tel un état dépressif, un trouble anxieux, un état de stress post-traumatique (importante amnésie circonstancielle et antérograde). Cela nous a fait mettre en avant le fait que Madame K. \_\_\_\_\_ bénéfic[i]e encore de ressources adaptatives. Au plan physique, il s'agit d'un déconditionnement global mais sans limitation fonctionnelle significative au niveau ostéo-articulaire ni neurologique importante (pas de séquelle de tétraparésie des soins intensifs par exemple). Notre évaluation paraît superposable à celle effectuée lors de l'expertise bidisciplinaire, avec examen rhumatologique par Dr Z. \_\_\_\_\_ en décembre 2016. Il y a des séquelles de fracture du poignet droit, une parésie partielle du releveur du pied droit et le status après opération de prothèse de hanche. Nous soulignons en plus l'éventration compensée par le port d'une ceinture abdominale qui permet une bonne mobilisation telle que constatée lors de la présente expertise. Nous avons souligné qu'il n'y a pas d'explication physique ni psychique pour engendrer nécessairement une limitation dans le quotidien de Madame K. \_\_\_\_\_. [...] 2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées 2.1 Au plan physique Limitations quant aux déplacements prolongés, sur terrain irrégulier, nécessité de monter et descendre de façon répétée des escaliers en lien avec la neuropathie du nerf sciatique poplité externe droit. Contre-indication quant aux mouvements répétés avec le poignet droit, quant aux ports de charges répétés de plus de 1 kg (séquelles de fractures du poignet). Toute activité physiquement lourde est limitée en raison de la douleur globale de l'appareil locomoteur dans son ensemble. Les limitations rejoignent celles notées dans l'expertise de 2016 à savoir éviter le port de charge avec la main droite, les longs déplacements en terrain plat ou accidenté, les mouvements d'antéversion du torse de manière répétitive. On rajoute les positions statiques de plus d'une heure sans pouvoir changer de position durant quelques minutes (éventration avec port d'une gaine). 2.2 Au plan psychique et mental Nous ne retenons pas de limitations d'ordre psychiatrique. 2.3. Au plan social Il n'y a en particulier pas de pathologie psychiatrique qui limiterait les activités-interactions sociales. Madame K. \_\_\_\_\_ est d'ailleurs présente pour sa famille, ses petits-enfants. Elle dit ne pas avoir de hobby particulier mais non en raison de limitation physique ou psychique particulière. 3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici 3.1 Comment agissent ces atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici ? L'activité de nettoyeuse, d'ouvrière sur machines industrielles avec nécessité de stress de rendement ne nous paraît plus adaptée [...] 3.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail (ressources résiduelles et limitations fonctionnelles). En théorie une capacité de travail de 100% serait possible avec une baisse de rendement de 20% pour tenir compte du déconditionnement physique. Ceci pour autant que les limitations fonctionnelles notées plus haut soient respectées. [...] 3.4 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins, diminution de rendement comprise ? Depuis la date de l'accident c'est-à-dire depuis le 31.05.2012 3.5 Comment le degré d'incapacité de travail, y compris une éventuelle diminution de rendement a-t-il évolué depuis lors ? Nous n'avons pas de raison de nous écarter de l'appréciation du médecin SMR Dr P. \_\_\_\_\_

qui considérait l'incapacité de travail totale pour toutes activités dès le 21.05.2012 et ceci durant 3 ans. Dès 2015, la situation est considérée comme stabilisée au plan physique. Il n'y a pas d'évolution négative au plan psychique. La capacité de travail est alors celle décrite par les experts rhumatologue et psychiatre pour l'AI, que nous rejoignons quant à l'appréciation de la capacité de travail pour dire qu'elle est préservée à 100% avec une baisse de rendement de 20%. La stabilisation de l'état de santé remonte au 20.04.2015, date qui correspond au rapport médical établi par Dr D.\_\_\_\_\_. [...] Dans ses déterminations du 16 décembre 2019, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expertise et a confirmé ses conclusions. L'assurée ne s'est pas déterminée. 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-accidents (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 et 58 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 ; BLV 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. a) Le litige a pour objet le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si elle peut prétendre à une rente au-delà du 31 juillet 2015. b) Il est observé que seule la décision du 19 juin 2017 relative à l'octroi de la rente d'invalidité est contestée, contrairement à la décision d'allocation pour impotence faible, dont le bien-fondé ne sera dès lors pas examiné dans le présent arrêt. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il 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, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. a) Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit

une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. notamment TF 8C\_180/2009 du 8 décembre 2009 consid. 3 et les références citées ; TF 9C\_718/2009 du 4 février 2010 consid. 1.2 et les références citées). b) Lors de l'octroi d'une rente échelonnée ou limitée dans le temps, le moment déterminant pour effectuer la comparaison est, d'une part, le moment du début du droit à la rente et, d'autre part, celui de la diminution ou de la suppression de la rente en application du délai de trois mois prévu à l'art. 88a RAI (Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, pp. 833s n° 3068 et les références citées ; cf. également TF 9C\_134/2015 du 3 septembre 2015 consid. 4.1 et les références citées 5. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu 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). b) 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 LPG), 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). 6. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur l'expertise bi-disciplinaire ainsi que sur l'appréciation du SMR pour retenir que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis le mois d'avril 2015. b) La recourante conteste avoir recouvré une pleine capacité de travail en se fondant sur un rapport du [...] du 16 octobre 2012 produit avec le recours, ainsi que les rapports de la Dre D.\_\_\_\_\_ des 16 mai et 24 octobre 2017. c) Il est tout d'abord observé que la gravité de l'accident subi par la recourante n'est en aucun cas niée. L'existence de séquelles est indéniable. Seule l'influence de ces séquelles sur la capacité de travail dans une activité adaptée est discutée. Dans ce cadre, les constatations contenues dans le rapport du [...] du 16 octobre 2012, si elles ne sont pas critiquables, ne servent toutefois pas à l'argumentation de la recourante, dès lors qu'il n'est nullement contesté qu'elle était totalement incapable de travailler à cette époque. d) Aux fins d'établir la capacité de travail de l'assurée, l'OAI a mandaté les Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_. Sur le plan rhumatologique, il convient de

relever l'existence d'incohérences dans l'analyse du Dr Z.\_\_\_\_\_. En effet, ce médecin a retenu une exigibilité de 50 % avant de conclure, après discussion avec son coexpert T.\_\_\_\_\_, à une capacité de travail globale de 70 % sans expliquer les raisons de cette divergence. Quant au volet psychiatrique, force est de constater que l'expertise du 14 novembre 2016 est lacunaire. En effet, la recourante a subi le 31 mai 2012 une défenestration qui a entraîné des lésions graves et complexes avec des séquelles. Or le Dr T.\_\_\_\_\_ n'a pas examiné la manière dont la recourante avait vécu cet accident ni ses conséquences sur la personnalité de celle-ci. A la lecture du dossier, la recourante semble avoir perdu en autonomie et dans sa capacité d'adaptation. Le Dr T.\_\_\_\_\_ se borne uniquement à signaler que l'intéressée n'a pas eu peur de mourir au moment de l'accident. On relèvera toutefois que la recourante s'est trouvée pendant plusieurs semaines dans le coma, ce qui explique les raisons pour lesquelles elle n'a évidemment gardé aucun souvenir de l'événement traumatique. Le Dr T.\_\_\_\_\_ note également qu'il n'y a pas de syndrome de stress post-traumatique. Il existe cependant des symptômes – sentiments de dévalorisation et de découragement, tensions nerveuses et irritabilité notamment – qui font évoquer des modifications de la personnalité suite à un événement traumatique. Cela étant, l'expert ne s'est pas prononcé sur la portée de ces symptômes, se limitant à relever ne pas avoir constaté de trouble de la personnalité. En définitive, l'expertise bidisciplinaire des Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_ contient des incohérences et des lacunes et ne permet dès lors pas d'apprécier de manière satisfaisante la capacité de travail de la recourante. e) Dans le cadre de l'instruction du recours, une expertise pluridisciplinaire a été confiée à [...]. Celle-ci porte sur l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante (TF 8C\_518/2017 du 7 décembre 2017 consid. 3.2 ; TFA I 131/03 du 22 mars 2004 consid. 2.3 ; TFA I 209/03 du 17 juin 2003 onsid. 3.2.1). Dans leur rapport du 19 novembre 2019, les spécialistes ont résumé tous les éléments médicaux à leur disposition. Ils ont listé les plaintes de la recourante, les ont confrontées à leurs constatations objectives et ont posé des conclusions claires. Les médecins de [...] ont également étudié les traitements mis en place. Ainsi, ils ont été en mesure de discuter en détail des diagnostics retenus et de leurs effets sur la capacité de travail. Dans le cadre de leur examen, les experts ont relevé une contradiction entre l'importance des limitations fonctionnelles décrites dans le quotidien, avec des plaintes douloureuses très présentes, et l'examen clinique relativement pauvre au niveau ostéo-articulaire et neurologique. La persistance du syndrome douloureux n'était pas entièrement expliquée sur le plan somatique et il n'existait pas d'élément orientant vers un trouble somatoforme douloureux persistant avec un aspect envahissant des douleurs et une détresse affichée. Il n'y avait pas non plus de conflit émotionnel et psychosocial suffisamment important pour être à l'origine de l'expression du tableau clinique. Les spécialistes ont ainsi procédé à une analyse fine et détaillée des atteintes de la recourante pour conclure à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20 %. Les limitations fonctionnelles retenues étaient : limitations quant aux déplacements prolongés, sur terrain irrégulier, nécessité de monter et descendre des escaliers de façon répétée, contre-indication quant aux mouvements répétés avec le poignet droit et quant aux charges supérieures à 1 kg, limitation de toute activité physiquement lourde, pas de mouvements d'antéversion du torse de manière répétitive ni de position statique de plus d'une heure sans pouvoir changer de position pendant quelques minutes. Sur le plan psychiatrique plus particulièrement, le Dr B.\_\_\_\_\_ a retenu qu'il n'existait pas de pathologie psychiatrique invalidante, malgré le traumatisme subi en 2012. S'il n'existait pas d'élément pour retenir un état de stress post-traumatique, il convenait de

retenir le diagnostic de dysthymie en présence d'une altération légère de l'humeur, fluctuante, dont la sévérité était insuffisante pour poser le diagnostic de trouble dépressif avéré. Le déclenchement de cette altération de l'humeur était consécutif à l'accident de 2012. Dans ce contexte, le Dr B. \_\_\_\_\_ a clairement expliqué les raisons ayant fondé son appréciation. Il a en particulier indiqué pourquoi il s'était distancié du diagnostic de trouble anxieux dépressif mixte posé par le Dr T. \_\_\_\_\_. Il a relevé qu'avec son collègue spécialiste en médecine interne, ils n'avaient pas observé de ralentissement, de fatigue ou de fatigabilité lors des entretiens. La recourante n'avait pas présenté de trouble de l'attention ou de la vigilance, de trouble grossier de la mémoire ou de la concentration, de l'orientation ou du langage. La thymie était modulable avec des moments de tristesse et des instants de gaieté. Le psychiatre a encore relevé que la recourante avait démontré d'excellentes ressources adaptatives jusqu'à son accident en 2012. Il a précisé que la dysthymie ne devait pas perturber l'adaptation aux règles et routines, la planification et structuration des tâches, la flexibilité et capacité d'adaptation, l'usage de compétences spécifiques, la capacité de jugement et de prises de décisions. La capacité d'endurance pouvait être légèrement baissée en raison d'une fatigue. L'aptitude à s'affirmer et à établir des relations avec les autres n'était que très légèrement diminuée alors que les aptitudes à évoluer au sein d'un groupe, à établir des relations avec les autres, à entretenir des relations proches et à développer des activités spontanées n'étaient pas perturbées. f) On ne saurait rien déduire de l'échec de la mesure d'observation professionnelle auprès de l'E. \_\_\_\_\_, dès lors que celle-ci n'a duré qu'une vingtaine de jours et que la recourante n'a pas fait preuve de la motivation et de l'engagement que l'on était en droit d'attendre d'elle. Le rapport final de la mesure rapporte essentiellement le caractère plaintif de la recourante, qui a tant imprégné le stage, que le médecin-conseil de l'E. \_\_\_\_\_ a explicitement précisé qu'il ne pouvait chiffrer la capacité de travail. g) En définitive, force est de constater qu'il n'existe au dossier aucun élément médical objectif mettant en doute l'appréciation motivée des experts du 19 novembre 2019. A cet égard, force est de constater que les rapports médicaux des 16 mai et 24 octobre 2017 de la Dre D. \_\_\_\_\_ ne sont pas pertinents. En effet, celle-ci s'est contentée d'indiquer son désaccord avec les précédents experts et le SMR. Elle a retenu une incapacité de travail dans toute activité, sans motiver sa position par des éléments médicaux objectifs. Ces rapports sont ainsi insuffisants à remettre en question la valeur probante de l'expertise judiciaire. Ils entrent enfin en contradiction avec le rapport du 20 avril 2015 dans lequel la Dre D. \_\_\_\_\_ retenait une incapacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et une capacité de travail non précisée dans l'activité adaptée, comme avec celui du 25 avril 2014 dans lequel elle avait considéré une capacité de travail de 40 % dans une activité adaptée, avec possibilité d'augmentation progressive. h) Sur le vu de ce qui précède, il y a lieu de reconnaître à l'expertise du 19 novembre 2019 de [...] une pleine valeur probante et de retenir que la recourante présentait, dès le 20 avril 2015, une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée, sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %. 7. Dès lors que la recourante présente une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à son état de santé sous réserve d'une diminution de rendement de 20 %, il y a lieu de procéder à une comparaison des revenus afin de déterminer le taux d'invalidité de l'intéressée. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison

des revenus s'effectue, en règle ordinaire, 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 et 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C\_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à une éventuelle rente de l'assurance-invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.1 ; 128 V 174). b) Le revenu sans invalidité est celui que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas devenu invalide (art. 16 LPGa ; art. 28a al. 1 LAI). Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1; TF 9C\_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). A défaut de disposer de renseignements concrets fiables sur ce gain au moment de la décision administrative litigieuse, la jurisprudence considère que le revenu hypothétique peut être évalué sur la base des statistiques salariales, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb ; TFA I 37/2004 du 13 janvier 2005 consid. 5.1.3 et I 138/2004 du 20 janvier 2005 consid. 4.2.4). En l'espèce, l'intimé a observé que les revenus ressortant de l'extrait du compte individuel de la recourante étaient faibles, alors même qu'un statut de personne active à 100 % était admis. Il s'est alors fondé sur l'ESS pour déterminer le revenu sans invalidité, considérant qu'en bonne santé, la recourante travaillerait dans une activité non qualifiée avec des tâches manuelles simples. Il s'est ainsi référé au salaire auquel pouvaient prétendre les femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé en 2014, soit 4'300 fr. par mois (ESS 2014 TA1). Indexé à 2015 et tenant compte d'un horaire de travail usuel en entreprises de 41.7 heures, le salaire annuel était de 54'008 fr. 17. L'intimé peut être suivi dans son raisonnement. Il ressort en effet de l'extrait de compte individuel de la recourante qu'elle a obtenu un salaire annuel de 219 fr. en 2007, 3'926 fr. en 2008, 13'385 fr. en 2009 et 3'599 fr. en 2010 auprès de différents employeurs. Il est manifeste que ces montants correspondent à un faible pourcentage de travail, avec des fluctuations. Ces éléments ne permettant pas de déterminer le revenu sans invalidité de la recourante, il convenait de se référer aux données statistiques. La recourante, sans formation, a exercé l'activité de femme de ménage et, auparavant, avait effectué des tâches de coupe et couture sur machines industrielles (cf. certificat de travail du 29 février 2000 de [...]). C'est ainsi à raison que l'intimé s'est référé au salaire auquel peuvent prétendre les femmes exerçant des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé. c) Concernant le revenu d'invalide, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé – soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible –, il peut également être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'ESS (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1). Au vu des limitations fonctionnelles, l'intimé a considéré en l'espèce que la recourante pouvait exercer une activité physique ou manuelle simple et s'est ainsi fondé sur les mêmes données statistiques que pour déterminer le revenu sans invalidité, ce qui n'est pas critiquable. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire

statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (TFA I 171/04 du 1<sup>er</sup> avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Comme l'a observé l'intimé dans sa décision, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (TFA I 418/03 du 23 septembre 2003 consid. 6.1). En effet, le montant ressortant des statistiques peut faire l'objet d'un abattement pour prendre en considération certaines circonstances propres à la personne intéressée et susceptibles de limiter ses perspectives salariales (limitations liées au handicap, à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation) ; une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent ainsi influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 134 V 322 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Comme démontré supra consid. 6, la recourante ne présente plus d'incapacité de travail dans une activité adaptée depuis le 20 avril 2015, mais une pleine capacité de travail, avec baisse de rendement de 20 %. En tenant compte, comme l'a fait l'intimé, d'un abattement de 10 % en raison des limitations fonctionnelles, on obtient un revenu avec invalidité de 38'885 fr. 90 (54'008 fr. 17 x 80 % [compte tenu de la diminution de rendement] x 90 % [compte tenu de l'abattement]). Le préjudice économique de la recourante est donc de 28 % depuis avril 2015, taux insuffisant pour justifier le maintien du droit à la rente. d) Au vu de qui précède, l'intimé a justement procédé à la suppression de la rente au 31 juillet 2015, soit trois mois après la date à laquelle la recourante a recouvré sa capacité de travail (art. 88 a RAI). 8. a) Partant, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'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 l'000 fr. (cf. 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 (cf. art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante – au demeurant non assistée – n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 19 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais judiciaires, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ K. \_\_\_\_\_, ■ 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 :

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