

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 janvier 2015

Présidence de M. MERZ

Juges : M. Neu et Mme Dormond Béguelin, assesseure

Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

A.Z. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 8, 16, 43 et 44 LPGA.

E n f a i t :

A. A.Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), 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 Q._____, l'entreprise de son conjoint, B.Z._____, pour un revenu mensuel déclaré de 10'000 francs.

B. Antérieurement à sa prise d'activité, en octobre 2007, elle a été victime d'une distorsion de la cheville droite, suite à laquelle une IRM [réd. : imagerie par résonance magnétique] du 18 décembre 2007 a démontré des lésions tendineuses, tandis qu'un traitement conservateur a été en mesure de résorber la symptomatologie douloureuse.

En date du 6 novembre 2009, alors qu'elle se trouvait occupée à des activités de peinture dans son appartement, l'assurée a déclaré à nouveau ressentir des douleurs à la cheville droite en descendant d'un escabeau de trois marches. Ces symptômes ont nécessité notamment la consultation de son médecin généraliste traitant, le Dr E._____. Une incapacité totale de travail a été prononcée dès le 9 novembre 2009.

Le cas a été annoncé à l'assureur perte de gain en cas de maladie de l'employeur, O._____SA, laquelle a servi des indemnités journalières pour la période limitée du 9 décembre 2009 au 31 janvier 2010.

L'assurée a fait l'objet d'une intervention chirurgicale, soit une ténosynovectomie, réalisée le 21 septembre 2010 auprès du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier P._____.

En date du 25 janvier 2011, en dépit de la résiliation du contrat de travail de l'assurée avec effet au 30 septembre 2010, le sinistre a été

annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) par Q. _____, devenue N. _____ en 2010.

La CNA a refusé l'allocation de ses prestations d'assurance par décision du 24 mai 2011, confirmée sur opposition le 30 juin 2011, considérant que les éléments constitutifs de la notion d'accident n'étaient pas réunis lors de l'événement du 6 novembre 2009, tandis qu'en octobre 2007, à la date de la distorsion de la cheville, elle n'était pas encore assurée auprès de la CNA.

Un recours formulé par l'assurée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée a été rejeté par arrêt du 21 juin 2012 en la cause AA 73/11 - 55/2012, entré en force.

C. Dans l'intervalle, le 8 mars 2011, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI) par dépôt du formulaire ad hoc auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a invoqué dans ce contexte l'incapacité totale de travail, débutée le 9 novembre 2009, des suites de la problématique survenue à la cheville droite, soit « un tendon coupé, deux gravement abîmés ».

Le Dr M. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique au sein du Centre hospitalier P. _____ et chef de clinique adjoint, a complété un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 13 avril 2011. Il a retenu le diagnostic de « ténosynovite chronique des péroniers droits » et exposé que « l'évolution [avait] été défavorable, avec récurrence de ténosynovite malgré l'intervention chirurgicale », l'assurée se trouvant dans l'impossibilité de « reprendre une quelconque activité professionnelle de femme de ménage » et de « marcher sans canne. » Il a précisé que seule une activité en position assise pouvait entrer en ligne de compte, sans envisager de nouvelles mesures thérapeutiques, en particulier opératoires.

Le 28 décembre 2011, l'assurée s'est rendue à la consultation du Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin chef de l'unité d'orthopédie du Centre hospitalier P._____, lequel a pris en compte les diagnostics suivants dans un rapport du 29 décembre 2011 :

- Séquelles de ténosynovite des péroniers à droite avec :
- status post ténosynovectomie le 21 septembre 2010 ;
 - subluxation chronique résiduelle du court péronier ;
 - ténosynovite résiduelle.

Il a par ailleurs mis en exergue ses constats et conclusions en ces termes :

« [...] 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.

[...] A plus d'une année post-opératoire, il est difficile d'espérer une amélioration et je partage l'avis du Dr M._____ de penser à une révision chirurgicale sous forme d'une ténosynovectomie de la gouttière, à droite, en décubitus latéral gauche. [...]

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. »

Ce spécialiste a confirmé son appréciation ci-dessus en complétant un rapport médical initial à l'attention de l'OAI le 24 février 2012.

Sollicité pour avis, le Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a préconisé le 11 avril 2012 la mise en œuvre d'une expertise orthopédique destinée à clarifier les limitations fonctionnelles de l'assurée. Le mandat a été confié au Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a communiqué son rapport en date du 13 juin 2012.

Après analyse du dossier et de l'anamnèse de l'assurée, ainsi qu'examen clinique, il a relaté les éléments suivants :

« [...] Dans la salle d'examen, la marche s'effectue sans déroulement du pied droit. L'appui plantaire se fait plutôt sur le bord externe du pied. La station monopodale droite, la marche sur la pointe du pied droit ou sur le talon droit ne sont pas possibles. L'assurée refuse de s'accroupir.

A l'inspection, présence d'une tuméfaction aux deux chevilles et aux deux arrière-pieds avec une prédominance du côté droit.

Au niveau de la cheville droite présence d'une longue cicatrice plutôt chéloïdienne au niveau du péroné et de la malléole externe. La voûte plantaire est conservée. Je ne relève pas de signes de décompensation. Pas de déformation au niveau des orteils, La cheville droite est stable. Présence de douleurs à la palpation rétro-malléolaire interne et externe. Le tendon du court péronier latéral semble être en position subluxée, voire luxée, et fixé sur le bord postérieur externe de la gouttière des péroniers. Ce tendon n'est pas réductible. La gaine des tendons est épaissie, ce qui correspond à une tendinite d'accompagnement. La palpation de la malléole interne est douloureuse. La cheville est stable dans le sens antéro-postérieur et latéral. [...]

Afin de compléter mon examen clinique du 05.06.2012, j'ai effectué des radiographies de contrôle comparatives des deux chevilles et des deux pieds. Ces clichés montrent des rapports ostéo-articulaires conservés. Il n'y a pas de déminéralisation osseuse au niveau de la cheville droite, ni de calcification péri-articulaires. Les rapports tibio-astragaliens, sous-astragaliens et du médio-tarse sont respectés aux deux pieds. Présence d'un épéron calcanéen bilatéral.

En résumé, il s'agit d'une cheville droite qui présente une tuméfaction de forme cylindrique avec des douleurs diffuses rétro-malléolaires des deux côtés et sous-malléolaire. Il existe également des irradiations douloureuses sur la face externe de la jambe droite. Présence d'une atteinte sévère des tendons péroniers.

4. Diagnostics

Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail :

- 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.
- Kyste ténosynovial et ténosynovite d'accompagnement de la cheville droite (IRM du 18.12.2007).
- Status après une 2^e entorse de la cheville droite au mois de novembre 2009, sans lésion surajoutée au niveau des tendons des péroniers.
- Status après révision des péroniers de la cheville droite le 21.09.2010.

Le diagnostic de lésion des tendons des péroniers a été posé le 18.12.2007. Par la suite, il s'agit de la continuation de la lésion des péroniers jusqu'au moment présent.

5. Appréciation du cas et pronostic :

[...]

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. [...] »

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, [l'assurée] 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.

[...] [L'assurée] pourrait vaquer à 50% dans une activité qui privilégie la position assise, dès maintenant.

Le traitement chirurgical préservera la capacité de gain future de [l'assurée], 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. [...] »

Le Dr J._____, médecin au SMR, s'est rallié à l'appréciation de l'expert eu égard à l'exigibilité de l'exercice d'une activité semi-assise à hauteur de 50%, dans un rapport du 2 juillet 2012, suite auquel l'OAI a transmis le dossier de l'assurée à son service de réadaptation professionnelle.

Ce dernier a requis préalablement une enquête sur le statut de l'assurée, effectuée le 14 décembre 2012, qui a conclu à la reconnaissance d'un statut de personne active à 100% au vu de sa situation familiale et financière.

rapport du SMR du 2 juillet 2012, estimant qu'une capacité de travail de 50% n'était pas démontrée, qui plus est au vu des conclusions du Dr R._____ allant dans le sens d'une péjoration progressive des symptômes ressentis par l'assurée à sa cheville droite. Elle a rappelé l'aggravation alléguée et souligné les possibles répercussions psychiques de l'état de santé physique de l'assurée. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, elle a invoqué un recours injustifié aux statistiques salariales en l'espèce et relevé au surplus que l'abattement sur le revenu d'invalidité devait être porté à 25%, en lieu et place de 10% retenu par l'OAI. Elle a dès lors conclu à une instruction complémentaire avant l'émission d'un nouveau projet de décision.

Le Service juridique de l'OAI a rendu un avis le 7 mai 2013, aux termes duquel le SMR a été invité à se prononcer sur l'exigibilité d'une nouvelle opération, telle qu'évoquée par le Dr R._____, ainsi que sur l'aggravation avancée par l'assurée. Il a observé notamment que la symptomatologie de la jambe gauche ne semblait pas de nature à modifier la capacité de travail résiduelle et qu'aucun élément médical au dossier ne permettait d'envisager une problématique psychique. Le calcul du préjudice économique, singulièrement les revenus sans et avec invalidité, étaient au surplus confirmés.

Le SMR s'est prononcé sur les éléments soulevés par le Service juridique de l'OAI dans un avis du 18 juin 2013, où il a rejoint les constats de ce dernier s'agissant des troubles allégués à la jambe gauche et de l'aspect psychique de l'état de santé de l'assurée. Il a en outre envisagé des questions complémentaires à l'expert précédemment mandaté.

Dans un courrier du 24 juillet 2013, la CAP a également proposé, pour le compte de l'assurée, des nouvelles interrogations à l'attention du Dr R._____.

Ce dernier s'est déterminé comme suit dans un rapport complémentaire du 22 août 2013 :

« [...] 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 re-rupture du/des tendons, une limitation de la mobilité de la cheville, ainsi que des douleurs résiduelles ou/et une tuméfaction résiduelle.

Ceci représente 20% des complications possibles.

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

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

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

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

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

- Dans une activité strictement sédentaire, sans port de charge, une pleine capacité de travail est-elle exigible ?

- Si non, pour quelles raisons ?

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

Dans une activité qui privilégie la position sédentaire, une capacité de travail de 75% est exigible. [L'assurée] 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 [...l'] 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 [l'assurée...] 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 [l'assurée].

Je ne sais pas à quoi sont dues les douleurs de la jambe gauche et les crampes des orteils du pied droit de [l'assurée]. 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 [l'assurée] 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 [l'assurée].

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 [l'assurée] 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 [l'avocate] se base pour affirmer qu'il y a eu une aggravation de l'état de santé de [l'assurée] 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 [l'assurée], 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 [l'assurée] 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.

[L'assurée] 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 [l'assurée] 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. [L'assurée] est une femme jeune qui a d'excellentes chances d'être améliorée par l'intervention chirurgicale. [...] »

Par avis subséquent du 14 octobre 2013, le SMR a fait siennes les observations du Dr R._____, considérant en premier lieu que l'opération préconisée n'était pas exigible de l'assurée du fait des risques y afférents et faute de garantie de succès. En second lieu, eu égard à la

capacité de travail résiduelle de l'assurée, le SMR a retenu un taux de « 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.

Le 26 novembre 2013, le Service juridique de l'OAI a pris acte de l'avis du SMR et constaté que le préjudice économique de l'assurée pouvait être basé sur les éléments pris en compte précédemment par le Service de réadaptation professionnelle. Vu la capacité de travail définitivement fixée à 75% dans une activité adaptée, ce préjudice ascendait ainsi à 37%.

E. Un nouveau projet de décision, daté du 27 novembre 2013, annulant et remplaçant le précédent du 5 mars 2013, a été adressé au conseil de l'assurée, par lequel l'OAI a préavisé un refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Etait précisé dans un courrier d'accompagnement du même jour que la capacité de travail n'était pas restreinte du fait des douleurs alléguées à la jambe gauche et aux orteils du pied droit, tandis que l'aspect psychiatrique de l'état de santé de l'assurée ne justifiait aucune instruction complémentaire en l'absence d'élément médical de ce registre. Sur le plan professionnel, étaient considérés comme bien fondés le recours à des revenus ressortant des statistiques salariales et un abattement maximal de 10% sur le revenu d'invalidité, l'absence de formation professionnelle ne pouvant motiver une réduction plus élevée. Un taux d'invalidité de 36,34%, arrondi à 37%, était en définitive déterminant.

Par pli des 9 et 23 décembre 2013, l'assurée a personnellement contesté ce second projet de décision, rappelant les conséquences de l'opération du 21 septembre 2010 à sa cheville droite et mettant en exergue les douleurs importantes de la jambe gauche, ainsi que les blocages des orteils du pied droit. Se prévalant en substance d'un degré d'invalidité au moins égal à 80%, elle a conclu à l'octroi de la prestation corrélative, produisant au titre de justificatifs des photographies

de son membre inférieur droit. A compter du 31 décembre 2013, elle a formulé une requête en paiement de dommages-intérêts à l'encontre de l'OAI, répétée par de réitérés courriers en ce sens les 7 et 22 janvier 2014, ainsi que le 26 février 2014.

L'OAI a adressé sa décision, identique au projet du 27 novembre 2013, en date du 27 mars 2014.

L'assurée a formulé de nouvelles requêtes en paiement de dommages-intérêts auprès de l'OAI par le biais de diverses correspondances à partir du 2 avril 2014.

F. En parallèle, par écriture du 25 avril 2014, l'assurée a déféré la décision du 27 mars 2014 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, soulignant l'échec de l'opération réalisée en septembre 2010 au Centre hospitalier P. _____ et la dégradation de son état de santé dès septembre 2012 du fait successivement de l'apparition de douleurs à la jambe gauche et aux orteils du pied droit. Critiquant les observations du Dr R. _____, plus particulièrement celles contenues dans le rapport du 22 août 2013, elle a fait grief à ce praticien de ne pas avoir procédé à un second examen clinique avant de retenir une capacité de travail de 75%. Elle a conclu à la reconnaissance d'un degré d'invalidité de 100% et au versement de la prestation corrélative, s'estimant incapable de reprendre une quelconque activité professionnelle.

Le 3 juin 2014, l'intimé a proposé le rejet du recours, se prévalant des conclusions du Dr R. _____ auxquelles il convenait à son avis d'attribuer pleine valeur probante pour justifier le degré d'invalidité de 37% déterminé en l'occurrence. Il a remarqué au surplus que la recourante n'avait produit aucune pièce médicale nouvelle susceptible d'étayer ses allégations d'aggravation.

La recourante a persisté dans ses précédentes conclusions en date du 11 juin 2014.

A titre informatif, l'OAI a fait parvenir le 12 juin 2014 un tirage des courriers de la recourante du 10 juin 2014 tendant derechef à l'allocation de dommages-intérêts de la part de l'intimé.

E n d r o i t :

1.

1.1 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, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20).

L'art. 69 al. 1 let. a LAI dispose qu'en dérogation aux art. 52 LPGA (instaurant une procédure d'opposition) et 58 LPGA (consacrant la compétence du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours), les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 LPGA).

1.2 Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

1.3 In casu, le recours interjeté le 25 avril 2014 contre la décision de l'OAI du 27 mars 2014 a été formé en temps utile (cf. art. 60 al. 1 LPGA) et dans le respect des formalités prévues par la loi au sens notamment de l'art. 61 let. b LPGA, de sorte qu'il est recevable.

2. Sont litigieuses in casu la capacité de travail pouvant effectivement être reconnue à la recourante et partant, l'évaluation théorique de son invalidité, telle qu'opérée par l'intimé compte tenu d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles.

Singulièrement, il s'agit de déterminer si l'OAI était légitimé à suivre les conclusions de l'expert mandaté par ses soins, le Dr R._____, que ce dernier a communiquées à l'issue de deux rapports, respectivement datés des 13 juin 2012 et 22 août 2013, et si des éléments médicaux viennent mettre en doute les observations de ce spécialiste.

Cas échéant, le taux d'invalidité mis à jour par l'intimé devra être réexaminé afin de s'assurer du respect des exigences légales et jurisprudentielles applicables en la matière.

Préalablement, l'on ajoutera par ailleurs que l'objet du litige et de la contestation est circonscrit par la décision du 27 mars 2014, qui ne traite pas des demandes de dommages-intérêts de l'assurée, cet aspect ne faisant dès lors pas partie du litige devant être tranché par la présente Cour (cf. à cet égard : ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 avec les références citées ; Ulrich Meyer/Isabel von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in : Mélanges en l'honneur de Pierre Moor, Berne 2005, p. 440).

3.

3.1 Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. L'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une

maladie ou d'un accident
(art. 4 al. 1 LAI).

En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, 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.

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 LPGA).

A teneur de l'art. 4 LAI, l'invalidité (art. 8 LPGA) peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (al. 1). L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération (al. 2).

3.2 Selon l'art. 28 al. 2 LAI (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il est invalide à 40% au moins ; la rente est échelonnée selon le degré d'invalidité, un degré d'invalidité de 40% au moins donnant droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50% au moins donnant droit à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60% au moins donnant droit à trois-quarts de rente et un degré d'invalidité de 70% au moins donnant droit à une rente entière. L'art. 28 al. 1 LAI prévoit que l'assuré a droit à une rente aux conditions cumulatives suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté

une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. c).

3.3 En vertu de l'art. 28a al. 1 LAI, l'art. 16 LPGGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative.

Aux termes de 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 exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. 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 ; 128 V 29 consid. 1 ; TF 8C_708/2007 du 21 août 2008 consid. 2.1).

4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 2c ; 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 et TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1).

L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Par ailleurs, un rapport émanant du SMR constitue un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) qui a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune

observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI) ; en raison de leurs fonctionnalités différentes, ces différents documents ne sont d'ailleurs pas soumis aux mêmes exigences formelles. On ne saurait toutefois dénier toute valeur probante aux rapports de synthèse du SMR, dès lors qu'ils contiennent des informations utiles à la prise de décision pour l'administration ou les tribunaux, sous forme d'un résumé de la situation médicale et d'une appréciation de celle-ci (TF 9C_542/2011 du 26 janvier 2011 consid. 4.1).

5.

5.1 In casu, il convient de constater préliminairement, à l'instar du SMR, que l'assurée est affectée essentiellement par des atteintes à la santé du registre physique, en l'absence de tout élément médical laissant envisager une problématique psychique en l'état de son dossier.

En effet, aucun de ses médecins traitants n'a évoqué quelconque pathologie psychique, tandis que l'expert mandaté par l'intimé a expressément relevé un comportement de la recourante parfaitement « adéquat » et « dans les normes » (cf. rapports des Drs M. _____ et V. _____ à l'attention de l'OAI, datés respectivement des 13 avril 2011 et 24 février 2012, ainsi que rapport complémentaire du Dr R. _____ du 22 août 2013 p. 4).

Dès lors, ainsi que l'a exposé l'OAI aux termes de la correspondance annexée à sa décision du 27 mars 2014, il y a lieu de considérer qu'un complément d'investigation de l'aspect psychique de la situation ne se justifie aucunement, ce que la recourante ne revendique d'ailleurs pas sérieusement au stade de la présente procédure.

5.2 Du point de vue physique, tant les médecins traitants de l'assurée que le Dr R. _____ et le SMR convergent pour retenir les diagnostics de « status post rupture des tendons des péroniers de la cheville droite et post révision des péroniers de la cheville droite le 21

septembre 2010 », accompagné d'un « kyste synovial » et d'une « ténosynovite ». Les spécialistes ayant examiné l'assurée ont par ailleurs tous constaté une tuméfaction relativement importante de la cheville droite, associée à des douleurs malléolaires diffuses et des irradiations.

S'agissant de l'aggravation invoquée par la recourante, force est de constater, ainsi que l'a remarqué à juste titre l'intimé, qu'aucune pièce médicale n'a été produite en lien avec la symptomatologie de la jambe gauche et les blocages des orteils du pied droit.

Seul l'expert mandaté par l'OAI s'est exprimé à cet égard, aux termes de son rapport complémentaire du 22 août 2013, concluant a priori que les symptômes en question ne pouvaient être à son avis corrélés à la problématique des péroniers de la cheville droite (cf. rapport du Dr R. _____ du 22 août 2013, p. 4 et 5).

L'on ne saurait en définitive reprocher à l'OAI de plus amples investigations de l'aggravation alléguée en l'absence de tout élément justificatif produit par la recourante, ce quand bien même l'actualisation des rapports médicaux auprès de ses médecins traitants eût été judicieuse.

5.3 Une conclusion différente s'impose en revanche eu égard à l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée.

En effet, dans un premier temps, l'ensemble des médecins ayant examiné ou pris en charge la recourante envisageait une capacité de travail de 50% dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire, respectivement _____ semi-assise (cf. rapport du Dr V. _____ du 24 février 2012 et expertise du Dr R. _____ du 13 juin 2012), à l'exception du Dr M. _____ qui préconisait une activité exercée plutôt en position strictement assise sans en préciser le taux exigible _____ (cf. _____ rapport _____ du 13 avril 2011). Le Dr R. _____ justifiait cette capacité de travail partielle

du fait de « difficultés [apparentes] pour se déplacer et lors de l'appui, ainsi que des douleurs » (cf. rapport du 13 juin 2012 p. 7). Quant au Dr V._____, il avait mis en exergue « les douleurs au repos accompagnées d'une situation d'enflure importante » pour motiver son appréciation (cf. rapport du 24 février 2012 à l'attention de l'OAI p.2).

Le SMR s'était pour sa part rallié aux appréciations communiquées par les Drs V._____ et R._____ dans son rapport du 2 juillet 2012, ce qui ne prêtait guère flanc à la critique en présence de conclusions convergentes de deux spécialistes en termes de capacité de travail dans une activité adaptée de nature similaire.

Cela étant, dans un second temps, le Dr R._____ a estimé, aux termes de son rapport complémentaire du 22 août 2013, qu'une capacité de travail de 75% était exigible de l'assurée dans une activité en position assise, sans expliquer les raisons de cette appréciation plus restrictive et de sa divergence soudaine d'avec l'avis exprimé par le Dr V._____ en février 2012.

L'expert ne fournit pas davantage de motifs concrets et objectifs qui permettraient de conclure à une capacité de travail supérieure à celle retenue dans son rapport du 13 juin 2012, alors même que dans ce document, il envisageait une péjoration progressive de l'état de santé de l'assurée faute d'intervention chirurgicale. L'on ignore à ce stade quels éléments influeraient de facto favorablement sur la capacité de travail exigible, le port de chaussures orthopédiques évoqué pour la première fois le 22 août 2013 ou la lenteur de l'évolution des symptômes, déjà relevée par l'expert à l'occasion de son rapport d'expertise du 13 juin 2012 et prise en considération dans le cadre de sa première appréciation, apparaissant peu convaincants. En outre, le Dr R._____ ne précise pas les raisons qui l'ont conduit à une année d'intervalle à s'écarter de sa propre appréciation, ainsi que de l'avis du Dr V._____, en l'absence de tout examen clinique et de tout rapport médical récent émanant des médecins traitants de l'assurée.

Il convient également d'observer que sans motif expliquant un constat différent de celui effectué en 2012, le Dr R. _____ a attesté en août 2013 que l'assurée « [pouvait] se déplacer » tout en préconisant dans le même temps « le port de chaussures montantes stabilisatrices, de type Künzli, associées à un support plantaire adapté, afin de faciliter ses déplacements ».

L'on ajoutera que l'avis du SMR du 14 octobre 2013 n'apporte pas de détermination susceptible de lever les interrogations consécutives au _____ rapport _____ du Dr R. _____ du 22 août 2013. Le SMR s'est en effet limité à reprendre les conclusions de l'expert en termes de capacité de travail sans exposer davantage les raisons qui justifieraient de s'écarter de l'appréciation initiale de la situation, singulièrement de celle du Dr V. _____.

Vu les éléments qui précèdent, soit le manque de clarté et les contradictions contenues dans les conclusions subséquentes du Dr R. _____, il convient de déduire que l'avis de ce spécialiste ne remplit pas les critères jurisprudentiels rappelés supra pour se voir créditer d'une pleine valeur probante.

Le volet médical du dossier de la recourante, en particulier l'appréciation de sa capacité de travail effective et le type d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, doivent dès lors être incontestablement éclaircis sur la base d'une situation actualisée compte tenu de l'éventuelle évolution évoquée par le Dr R. _____.

6. Etant donné les carences dont souffre le dossier de la cause sur le plan médical, il ne saurait être question en l'état de statuer sur la capacité de travail exigible de l'assurée, pas plus que sur son degré d'invalidité, un complément d'instruction devant incontestablement être mené à bien au préalable.

6.1 Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits

pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

6.2 Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2).

Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

6.3 En l'espèce, il ne fait pas de doute qu'il incombait à l'OAI de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction permettant de dissiper les doutes consécutifs au rapport complémentaire du Dr R._____, en sollicitant par exemple des explications de ce dernier ou en exigeant qu'il soit procédé à un nouvel examen clinique de l'assurée afin de clarifier la capacité de travail exigible et de motiver une modification éventuellement avérée de l'exigibilité entre juin 2012 et août 2013.

Un renvoi de la cause à l'intimé se justifie dès lors conformément à la jurisprudence fédérale mentionnée ci-avant.

L'OAI se devra en conséquence d'organiser un nouvel examen clinique de l'assurée, notamment sur le plan orthopédique, afin de déterminer sa capacité de travail effective et le type d'activités exigibles (sédentaire ou semi-sédentaire), lequel pourra également comprendre des investigations destinées à vérifier l'aggravation alléguée de sa situation. Compte tenu de ce qui vient d'être exposé, il apparaît opportun d'impliquer un expert orthopédique indépendant autre que le Dr R._____.

7. Il résulte de ce qui précède que le recours, bien fondé, doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire, notamment sous la forme d'examen clinique du registre orthopédique, avant nouvelle décision.

7.1 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'occurrence, il convient d'arrêter ces frais à 400 fr. et de les mettre à charge de l'OAI, qui succombe.

7.2 Obtenant gain de cause, la recourante n'a toutefois pas droit à des dépens dans la mesure où elle n'est plus assistée d'un mandataire professionnel au stade de la présente procédure de recours (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision, rendue le 27 mars 2014 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants avant nouvelle décision.
- III. Les frais judiciaires, fixés à 400 fr. (quatre cents francs) sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud.
- 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, par l'envoi de photocopies, à :

- A.Z. _____, à [...],
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, à Vevey,
- Office fédéral des assurances sociales, à Berne.

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 :