

VD_GERICHTE ZD16.031600 vom 22. März 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD16.031600

FR: VD_GERICHTE ZD16.031600 du 22 mars 2017

IT: VD_GERICHTE ZD16.031600 del 22 marzo 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AI 180/16 - 98/2017 ZD16.031600 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 22 mars 2017 _____ Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Thalmann et M. Piguet, juges Greffière : Mme Rochat ***** Cause pendante entre :
X. _____, au (...), recourante, et I. _____, à [...], intimé. _____ Art. 6, 7
et 8 LPGA ; art. 4 et 28 LAI 401

- 2 - E n f a i t : A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de deux enfants nés en [...] et [...], titulaire d'un CFC d'employée de commerce, a déposé le 16 janvier 2013 une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI) tendant à la prise en charge d'une perruque. Cette demande a été contresignée par la Dresse K. _____, spécialiste en neurologie et médecin responsable d'unité à la Clinique [...], qui y a indiqué que l'assurée avait été opérée pour une rupture d'anévrisme le 3 décembre 2012 et hydrocéphalie le 24 décembre 2012, en précisant que l'absence de chevelure à droite modifiait l'aspect extérieur de la patiente. L'OAI a accusé réception de la demande le 7 février 2013. Le 14 février 2013, l'assurée a écrit à l'OAI en l'informant que seuls ses médecins traitants disposaient de son dossier médical, en précisant que la Clinique [...] n'était pas autorisée à fournir des renseignements sans son accord. Le 26 février 2013, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie à l'Hôpital [...], a indiqué que l'assurée avait séjourné dans ledit hôpital du 2 au 31 décembre 2012. Il a en outre listé les différentes interventions qu'elle avait subies. Il a joint à son envoi ses rapports des 31 décembre 2012 et 4 février 2013. Selon l'extrait de compte individuel au dossier, l'assurée a touché, dans le cadre de son activité auprès de la [...] (ci-après : [...]), un salaire de 38'187 fr. en 2007, de 33'431 fr. en 2008, de 34'373 fr. en 2009, et de 31'508 fr. en 2010. Il n'y a pas eu d'autres revenus ensuite. Elle a pour le surplus œuvré de juillet 1987 à août 1991 pour [...], et d'avril 1994 à janvier 2004 pour le compte [...], ainsi qu'auprès de différents services de l'administration [...].

- 3 - Par communication du 22 mars 2013, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge de perruques ou cheveux postiches à raison de 1'500 fr. au maximum par an. B. Le 9 octobre 2013, l'assurée a rempli un formulaire de détection précoce, en précisant avoir travaillé du 1er septembre 2002 au 30 novembre 2010 comme secrétaire pour le compte de la [...], à des taux variant entre 40 et 70%. Elle avait été en incapacité totale de travailler à compter du 28 novembre 2012, en raison d'un AVC [accident vasculaire cérébral]. Le 29 octobre 2013, le spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI a indiqué dans son rapport que c'était l'ergothérapeute qui avait suggéré d'annoncer le dossier à l'assurance- invalidité par une détection précoce, qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail attestée et que selon l'assurée, sa capacité de travail était de 100% dans son activité habituelle comme dans une activité adaptée. Le rapport mentionnait que le taux d'activité de l'assurée variait entre 40% et 70%

pour des raisons familiales et que la dernière activité qu'elle avait exercée était celle de secrétaire à la [...] du 4 septembre 2002 au 30 novembre 2010. Le rapport mentionnait en outre ce qui suit : "L'assurée a été hospitalisée à l'hôpital [...] tout le mois de décembre 2012 suite à l'AVC du 28.11.2012 où elle a subi différentes angiographies cérébrales et des tomographies. Le suivi a été effectué par le Prof. Z. _____ à la clinique [...], et actuellement, tout serait en ordre. En effet, Mme X. _____ est très vive, sûre d'elle et admet qu'elle pourrait travailler. Toutefois, elle pense qu'il sera difficile de trouver un emploi fixe en raison de son absence du monde du travail depuis 2010 et comme elle a présenté une atteinte à la santé très grave. Elle souhaiterait profiter du service de placement de l'AI. Après explication de[s] conditions de notre service de placement et en absence d'incapacité de travail, on convient que le dépôt d'une demande AI n'est pas indiqué, car aucune prestation sera envisageable." Etait joint à ce rapport un certificat de travail établi le 17 novembre 2010 par la [...] selon lequel l'assurée avait été engagée en qualité de collaboratrice temporaire, puis d'employée principale

- 4 - d'administration et enfin de secrétaire d'unité auprès de [...], du 4 septembre 2002 au 30 novembre 2010, à un taux d'activité variant entre 40% et 70%. Le 29 octobre 2013, l'OAI a écrit ce qui suit à l'assurée : "Lors de votre entretien du 28 octobre 2013 avec M. [...], il est ressorti que le dépôt d'une demande AI n'était pas indiqué. En effet, comme mentionné lors de l'entretien, l'assurance-invalidité n'est pas compétente dans le cas où il y a une absence d'incapacité de travail. Aucune mesure ne pourrait être envisagée dans votre cas. Comme nous vous l'avons suggéré, nous vous recommandons de vous adresser à l'Office régional de placement qui sera plus apte à vous aider dans le but de trouver un emploi." C. Le 26 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI, en indiquant quant au genre de l'atteinte « AVC », l'atteinte existant depuis le 28 novembre 2012. Dans le questionnaire relatif au statut, elle a indiqué le 13 avril 2014 que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100% en qualité de détective privé pour des raisons financières et personnelles. Elle a produit un diplôme de détective professionnelle qui lui avait été décerné le 7 novembre 2008. Le 20 mai 2014, le Dr Z. _____, spécialiste en neurologie, a indiqué ce qui suit à l'OAI : "Suite à votre demande du 27 mars 2014, j'ai revu la patiente récemment. Il m'est difficile de donner des précisions concernant la demande d'une rente AI complète ou partielle avant que nous ayons pu terminer nos investigations complémentaires et surtout un bilan neurocognitif qui se fera auprès de la Professeure [...] au [...] [[...]]. Dès cette évaluation terminée, je ne manquerai pas de préciser le questionnaire concernant la patiente susnommée pour une réinsertion professionnelle éventuelle ou une rente AI."

- 5 - Un premier contact prévu par l'OAI le 18 juin 2014 a été annulé à la demande de l'assurée, laquelle a notamment déclaré le 28 mai 2014 qu'elle n'était pas en mesure d'imaginer un futur professionnel, en l'absence de visibilité concernant son état de santé. Il résulte d'un avis médical du 9 juillet 2014 du Dr R. _____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après: SMR) ce qui suit : "Assurée employée de commerce, avec dernier emploi de 2002 à novembre 2010 à la [...] de [...]. Depuis elle indique qu'elle est femme au foyer. Elle dépose une demande de MA [moyens auxiliaires] (perruque) après la perte de ses cheveux suite à de multiples irradiations (CT, angiographies répétées). Dans un premier temps on lui a conseillé de ne pas déposer de demande. Elle a subi une hémorragie sous-arachnoïdienne fin novembre 2013, avec transfert de [...] à l' [...] de [...] où elle a séjourné du 2 au 31.12.2013. Son atteinte est peu banale : Hémorragie

sous-arachnoïdale provenant d'une artère basilaire, compliquée par de multiples spasmes vasculaires et développements d'états comateux, ayant nécessité de multiples mesures urgentes de coiling, de spasmolyse par Nimotop et de pose de drainage ventriculaire. Finalement l'évolution a été favorable, avec récupération des fonctions principales, mais persistance d'une perte des cheveux attribuée aux multiples irradiations, de troubles visuels (baisse de l'acuité, diplopies par intermittence) possiblement induits par une cataracte due aux irradiation[s] et d'autres troubles (parésie d'une branche buccale, faiblesse aux membres inférieurs, troubles de l'odorat, troubles de la mémoire, céphalées lors d'efforts physiques). A noter que l'assurée semble ne garder aucun souvenir de ce séjour hospitalier. Au contact téléphonique l'assurée semble avoir un fort caractère et ne veut fournir sans autre des informations (cf. lettre du 14.02.2014). A mon avis son état de santé n'est pas stabilisé, le suivi est en cours, en particulier un examen neuropsychologique. Je ne vois pas l'utilité de mesures professionnelles. Le status de l'assurée n'est pas clair : Est-elle à considérer comme active ou comme femme au foyer ?

- 6 - Le prof. Z. _____ a promis de donner suite à la demande de rapport. Est-ce qu'il va le faire ? Je propose de la relancer si en novembre nous n'avons pas reçu son rapport médical. La lettre de sortie de l [...] est adressée à la Dresse [...] généraliste à [...]. Je propose de l'interroger, cela me semble compatible avec la lettre de l'assurée du 14.02.2014". Le 11 juillet 2014, l'OAI a informé l'assurée que selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible actuellement, dès lors que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée et ne permettait pas la mise en œuvre de telles mesures. Dans un rapport du 4 septembre 2014, le Dr Z. _____ a fait état d'une capacité de travail de 50%, soit au taux de 40-70% du taux de 70% dans l'activité exercée à ce jour. Il a en outre précisé que dans une activité adaptée, on pouvait s'attendre à une reprise au taux de 50% environ. Il a joint à ce rapport copies de plusieurs rapports médicaux parmi lesquels : - un rapport du 31 janvier 2013 des Drs [...], spécialiste en neurologie, et K. _____, dont il ressort que l'assurée a séjourné du 31 décembre 2012 au 17 janvier 2013 pour neuro- rééducation à la Clinique [...] ; - un rapport d'IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale et d'angio-IRM des vaisseaux pré- et intra-cérébraux de contrôle du 7 avril 2014 du Dr [...], spécialiste en radiologie, aux conclusions suivantes : « Bon fonctionnement de la dérivation ventriculaire droite compte tenu de la conservation de la morphologie des ventricules et l'absence de changement par rapport aux examens précédents (février 2013). Séquelles d'anciens AVC ischémiques du tronc cérébral de localisation bilatérale, mais à prédominance gauche. Il n'y a pas de nouveau accident vasculaire. Pas de foyer d'hémorragie. Le reste de l'encéphale est de morphologie normale. Excellente perméabilité du stent localisé dans l'artère basilaire et perméabilité normale de l'ensemble du polygone de Willis.

- 7 - Aspect normal des vaisseaux du cou y compris les deux artères vertébrales. Pas de rehaussement pathologique après l'injection de produit de contraste sur l'encéphale et notamment dans la fosse postérieure » ; - un rapport du 27 mai 2014 du Dr [...] du Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du [...], selon lequel même si elle n'avait objectivement pas de déficit sensitif ou moteur ni de troubles de la marche, elle souffrait d'un syndrome post-hémorragie sous-arachnoïdienne avec d'importants troubles cognitifs, une sensation de fatigue permanente et des troubles de la concentration et de l'humeur avec labilité émotionnelle ; - un rapport du 14 juillet 2014 de la Dresse P. _____, spécialiste en neuropsychologie, qui estimait notamment que le tableau séquellaire

neuropsychologique était de nature à diminuer la capacité de travail et qu'il était fort probable que le taux d'activité soit diminué et se situe autour de 70% et que le rendement, dans ce contexte, se situe entre 40 et 70% ; - un rapport du 5 août 2014 du Dr Z. _____, selon lequel l'examen neurologique qu'il avait pratiqué le 28 juillet 2014 était parfaitement normal. Le 15 octobre 2014, l'OAI a invité l'assurée à intervenir auprès de son médecin traitant afin qu'il réponde à ses demandes. Le 20 octobre 2014, l'assurée a adressé un courriel à l'OAI dans lequel elle a indiqué qu'en l'absence de détermination de cet office, elle s'adresserait à la Cour des assurances sociales pour obtenir une décision. Le 7 novembre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il adressait le même jour un dernier rappel au Dr O. _____, spécialiste en médecine

- 8 - interne générale, afin qu'il complète le dossier médical au plus vite et qu'en parallèle, il soumettait les pièces médicales en sa possession au SMR pour examen. Il l'assurait en outre d'entreprendre toutes les démarches nécessaires afin d'instruire au mieux sa demande de prestations déposée le 26 mars 2014. Le Dr O. _____ a déposé son rapport le 10 novembre 2014 auquel il a joint divers rapports médicaux. Il a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de status après hémorragie sous- arachnoïdienne sur rupture d'anévrisme au niveau de l'artère basilaire en décembre 2012, de fléchissement mnésique antérograde verbal et fatigabilité accrue, d'hypertension artérielle labile et de céphalées de type migraine. Le Dr O. _____ a expliqué avoir suivi l'assurée du 26 mai 2014 au mois de juillet 2014. Quant à la capacité de travail, il a mentionné que la Dresse P. _____ estimait qu'elle était d'environ 70%. Il ne se prononçait toutefois pas sur ce taux, ni sur les autres questions du rapport, qui étaient selon lui du ressort des spécialistes que l'assurée consultait. Selon le rapport du 5 août 2014 du Dr Z. _____ joint à l'envoi du Dr O. _____, faisant suite à la consultation neurologique du 28 juillet 2014, l'examen neurologique était actuellement parfaitement normal. Dans un avis médical du 23 janvier 2015, le Dr L. _____ du SMR a relevé ce qui suit : " Cette assurée suisse de 51 ans, mariée, deux enfants nés en [...] et [...] est employée de commerce et a travaillé de 2002 à novembre 2010 à la [...] de [...]. Elle est sans emploi depuis 2010, femme au foyer. Elle présente brutalement fin novembre 2012 un syndrome méningé (fortes céphalées, nausées, vomissements, raideur de la nuque, phono/photophobie) mettant en évidence une hémorragie sous- arachnoïdienne en rapport avec la rupture d'un anévrisme basilaire. Hospitalisée initialement à la Clinique de la [...] à [...], elle est ensuite transférée à l' [...] de [...], où elle séjournera du 02 au 31.12.2012. L'évolution sera émaillée de multiples spasmes vasculaires, développement d'états comateux, ayant nécessité des mesures urgentes de coiling, spasmolyses par Nimitop, pose de deux stents, et d'une dérivation ventriculaire externe suite à la survenue d'une hydrocéphalie secondaire.

- 9 - Elle développera rapidement une alopecie secondaire aux multiples irradiations (CT et angiographies répétées) pour laquelle une demande de MA (perruque) sera aussi faite initialement auprès de l'AI. Séjour de réhabilitation par la suite à la Clinique de [...] du 31.12.2012 au 18.01.2013. Evolution finalement favorable, avec récupération des fonctions principales, mais persistance d'une alopecie, de troubles visuels et autres (troubles de l'odorat, faiblesse MI, troubles de la mémoire). Le neurologue Pr Z. _____ la revoit en urgence le 05.08.2014 pour de nouvelles céphalées : le status neurologique est tout à fait normal. Néanmoins, dans un courrier daté du 20.05.2014, il préconisait la réalisation d'un bilan neuro-psychologique auprès de la Dresse P. _____ du [...]. Cette dernière effectue ce bilan les 18.06 et 08.07.2014, montrant certes une nette amélioration sur le plan cognitif

par rapport à l'évaluation faite lors du séjour à [...], mais avec un fléchissement mnésique antérograde verbal, une fatigabilité accrue et un discret ralentissement. La CT [capacité de travail] est alors selon elle diminuée à 70% avec une diminution de rendement. Le Pr Z. _____ est tout à fait en accord avec les conclusions de la Dresse P. _____, et atteste les troubles cognitifs séquellaires à l'hémorragie méningée, et confirme ainsi l'exigibilité maximum de 50% correspondant au taux de 70% avec diminution de rendement de 30% environ selon le Dr P. _____". Le 26 mars 2015, l'OAI a chargé son Service d'enquêtes ménagères de déterminer le statut et les empêchements ménagers, ce dont il a informé l'assurée le même jour. Par acte du 2 avril 2015, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour déni de justice. Par arrêt du 29 juin 2015 (cause AI 85/15-174/2015), la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a rejeté le recours de l'assurée, en retenant en substance que son dossier avait été suivi de manière constante par l'OAI, qui l'avait instruit avec soin et diligence, sans retard à statuer. Une enquête ménagère a été menée le 3 août 2015 au domicile de l'assurée. Dans son rapport du 11 août 2015, l'enquêtrice a estimé qu'il convenait de retenir un statut de mi-active mi-ménagère jusqu'à fin 2012, puis d'active à 100% dès janvier 2013. Les incapacités ménagères ont été estimées à 35,2%.

- 10 - Par avis du 8 octobre 2015, un juriste de l'OAI a retenu que le début de la longue incapacité de travail remontait au 28 novembre 2012, date de l'AVC. Le statut d'active à 100% à compter de janvier 2013 a été confirmé. Le 9 décembre 2015, un spécialiste en réinsertion professionnelle s'est adressé à l'assurée afin de l'informer qu'une mesure d'évaluation apparaissait indispensable pour finaliser son dossier en testant et en objectivant sa capacité de travail résiduelle de 50% (plus précisément à 70% avec une baisse de rendement), en l'invitant à indiquer par écrit si elle adhérait à une telle évaluation. Le 11 décembre 2015, l'assurée a déclaré être disposée à se soumettre à cette mesure. Après plusieurs échanges de courriers avec l'OAI, l'assurée a indiqué le 1er février 2016 douter du bien-fondé d'une mesure de réadaptation professionnelle compte tenu de son état de santé actuel. Dans un rapport final du Service de réadaptation de l'OAI du 25 février 2016, le spécialiste en réinsertion de l'OAI a retenu qu'aucune mesure de formation professionnelle ne pouvait être exigée de l'assurée compte tenu de ses limitations neuropsychologiques. En revanche, sur la base des indications médicales, on pouvait attendre d'elle qu'elle exerce une activité simple et répétitive dans le domaine administratif, telle qu'aide de bureau ou employée au service de scannage ou dans d'autres domaines d'activité. Par projet de décision du 1er mars 2016, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un trois quarts de rente (67% de taux d'invalidité), en retenant un revenu sans invalidité de 71'617 fr. 19 correspondant au revenu suisse médian des salariés exerçant une profession dans le secteur administratif (employée de commerce qualifiée avec années d'expérience), et un revenu sans invalidité de 23'306 fr. 13 (savoir un revenu fondé sur l'ESS [Enquête suisse sur la structure des salaires] pour

- 11 - des tâches physiques ou manuelles simples dans le secteur privé, de 51'791 fr. 40, à 50%, avec un abattement de 10%). Dans la mesure où la demande de rente était intervenue tardivement, soit le 26 mars 2014, ce n'était que depuis le 1er septembre 2014 que la rente pourrait être versée. L'assurée a fait part de ses observations sur le projet de décision le 9 mars 2016. Elle a en particulier contesté le dies a quo du versement de la rente, ainsi que le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, estimant que ce dernier se montait à 86'000 fr., et non à 71'617 fr. 90. L'OAI s'est déterminé le 13 avril 2016 sur les arguments de l'assurée,

et a maintenu sa position. Après avoir indiqué à l'OAI qu'il représentait l'assurée, Me Joël Crettaz lui a écrit le 11 mai 2016 ne plus être son conseil. L'assurée a déposé de nouvelles déterminations le 18 mars 2016, faisant en particulier valoir que son revenu sans invalidité se serait élevé à 107'859 fr. 53, et son revenu sans invalidité à 23'306 fr. 13, ce qui lui ouvrait le droit à une rente entière. Elle a en outre fait valoir qu'il convenait de retenir que sa demande de prestations était intervenue en février 2013, estimant, à titre subsidiaire, avoir reçu un renseignement erroné de la part de l'OAI le 28 octobre 2013. Selon elle, c'était cette date qu'il convenait de retenir pour le dépôt de la demande de prestations. Par décision du 10 juin 2016, l'OAI a maintenu que l'assurée avait droit à trois quarts de rente d'invalidité à compter du 1er septembre 2014. D. Par acte du 11 juillet 2016, X. _____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec intérêts à 5% l'an, à compter du 1er juillet 2013, subsidiairement du 1er mars 2014, les rentes pour enfants étant adaptées en conséquence. Dans un premier moyen, elle conteste le dies a quo du droit à la rente, en faisant valoir

- 12 - qu'en recevant une demande de moyens auxiliaires d'une personne non salariée, l'OAI avait un devoir d'instruction et d'information à son égard, estimant qu'au vu de la teneur du rapport du Dr M. _____ du 4 février 2013, l'intimé aurait dû instruire d'office son cas, compte tenu de l'importance de l'atteinte à la santé en cause et des devoirs ancrés à l'art. 27 LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Selon elle, la demande de moyens auxiliaires du 16 janvier 2013 constituait une demande de prestations « parfaitement reconnaissable », qui aurait dû faire démarrer le droit aux rentes à compter du 1er juillet 2013, estimant qu'il en irait de même en application de l'art. 48 al. 2 LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20). A titre subsidiaire, la recourante fait valoir, en se prévalant de sa bonne foi, que c'est au plus tard six mois après sa demande du 9 octobre 2013 que le droit à la rente est ouvert, dès lors que le collaborateur de l'intimé qu'elle a rencontré lui a dit de s'adresser à un office régional de placement lors de l'entretien du 28 octobre 2013, retardant l'ouverture de son droit aux prestations. Dans un autre moyen, la recourante conteste la capacité de travail retenue par l'intimé, ainsi que le revenu avec invalidité. S'agissant de la capacité de travail, elle regrette que le Dr L. _____ du SMR ne l'ait jamais rencontrée et auscultée, ni n'ait pris contact avec ses thérapeutes. Elle soutient par ailleurs que la Dresse P. _____ n'a pas conclu qu'elle présentait une capacité de travail de 50%, mais qu'elle ne pouvait travailler qu'à 70% dans une activité adaptée, avec une baisse de rendement de 40 à 70%. Elle estime dès lors que sa capacité de travail réside dans une fourchette comprise entre 28 et 49%, estimant insoutenable que le SMR ait retenu un pourcentage supérieur à cette fourchette, soutenant qu'il est probable qu'elle ne puisse travailler qu'à 28%. A ses yeux, c'est dès lors ce taux de 28% qui doit être retenu. Il en résulte alors un degré d'invalidité de 81,77%, ouvrant le droit à une rente entière. Elle soutient encore que l'OAI ne pouvait pas déterminer son revenu sans invalidité à l'aide des données statistiques, mais qu'il convenait de retenir le salaire qu'elle aurait perçu en 2013 dans son secteur, estimant qu'elle avait atteint en novembre 2010 l'échelon maximal de sa classe salariale, et était à même de percevoir un salaire à plein temps de 86'134 francs. En retenant ce

- 13 - montant, comparé à un revenu avec invalidité de 23'306 fr. 13, il en résultait un degré d'invalidité de 72.94%, respectivement de 84.84% en tenant compte du revenu avec invalidité de 13'051 fr. 43 calculé sur la base d'une capacité résiduelle de travail de 28%.

Elle fait encore valoir à titre subsidiaire que ce sont les données statistiques 2014 relatives à la branche économique 84 « Admin. Publique (...) », niveau de compétence 2, qui auraient dû être retenues, soit 93'379 fr. par an, respectivement 96'880 fr. 70 pour 41.5 heures de travail par semaine. Il en résulterait alors un degré d'invalidité de 75.94% (avec un revenu avec invalidité de 23'306 fr. 13), respectivement de 86.52% (avec un revenu avec invalidité de 13'051 fr. 43), ouvrant dans les deux cas le droit à la rente entière. Avec son recours, elle a notamment produit un rapport du 3 juin 2016 du Dr T. _____, spécialiste en neurochirurgie, qui a constaté la stabilité clinique et radiologique à la suite de la dérivation ventriculo- péritonéale, prévoyant de revoir la patiente en mai 2017 pour un contrôle clinique. Un suivi ophtalmologique était également proposé, ainsi qu'une consultation spécialisée des céphalées. La recourante a encore produit la liste des opérations de l'avocat Crettaz, ainsi qu'une décision rendue le 12 février 2014 par la Commission [...], selon laquelle son poste était colloqué au niveau [...] de la chaîne [...] avec l'emploi-type « secrétaire d'unité » dès le 1er décembre 2008. Elle a en outre requis en mains du service du personnel de l'Etat de [...] sa situation salariale au 30 novembre 2010. Le 12 septembre 2016, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée. E n d r o i t :

1. a) Sous réserve de dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions sur oppositions et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte – ce qui est le cas des décisions des

- 14 - offices de l'assurance-invalidité cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) – sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 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) et doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions (art. 61 let. b LPGA). Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 18 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable. 2. En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). En l'occurrence, le litige porte d'une part sur le dies a quo du droit à la rente. Il porte d'autre part sur la détermination de la capacité de travail de la recourante, ainsi que sur le montant du revenu sans invalidité à prendre en considération. 3. a) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à

- 15 - l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. L'art. 29 al. 1 LPGA, qui a une portée générale en matière d'assurances sociales, dispose

que celui qui fait valoir son droit à des prestations doit s'annoncer à l'assureur compétent, dans la forme prescrite pour l'assurance sociale concernée. Dans le domaine de l'AI, l'obligation d'utiliser les formules officielles est prévue par une norme expresse (art. 65 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité ; RS 831.201]). Cette exigence n'est ainsi pas contraire au droit fédéral. Il est clair que l'Office AI qui l'applique ne s'expose en principe pas au grief de formalisme excessif (TFA 1191/04 du 11 janvier 2005 consid. 1.3 ; cf. aussi TF C 201/06 du 25 juillet 2007 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, en s'annonçant à l'assurance-invalidité, l'assuré sauvegarde en règle générale tous ses droits à des prestations d'assurance, même s'il n'en précise pas la nature exacte, l'annonce comprenant toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. Cette règle ne vaut cependant pas pour les prestations qui n'ont aucun rapport avec les indications fournies par le requérant et à propos desquelles il n'existe au dossier aucun indice permettant de croire qu'elles pourraient entrer en considération. L'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étend seulement aux prestations qui, sur le vu des faits et des pièces du dossier, peuvent entrer normalement en ligne de compte. Lorsque par la suite l'assuré fait valoir qu'il a encore droit à une autre prestation, il y a lieu d'examiner selon l'ensemble des circonstances du cas particulier, au regard du principe de la bonne foi, si l'imprécise annonce antérieure comprend également la prétention que l'assuré fait valoir ultérieurement (ATF 121 V 195 consid. 2 p. 196 et les arrêts cités). S'il veut préserver tous ses droits concernant la rente, l'assuré doit déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité au plus tard six mois après la survenance de l'incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (Michel Valterio, Droit de

- 16 - l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n. 2189 p. 592). Selon le ch. 2028 de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) valable à partir du 1er janvier 2015, si l'assuré ne pouvait connaître les circonstances donnant droit à la rente ou s'il a été objectivement empêché d'agir en temps utile pour cause de force majeure (par ex. lors d'une maladie psychique grave), des prestations lui seront allouées rétroactivement à condition qu'il présente une demande dans les douze mois qui suivent le moment où il a pris connaissance des faits ou la cessation de l'empêchement (art. 48, al. 2, LAI, par analogie avec la pratique actuelle selon la RCC 1988 p. 597, 1984 p. 420 s. consid. 1, 1975 p. 134). Le paiement des prestations arriérées ne s'effectue toutefois rétroactivement qu'au maximum sur cinq ans à partir du mois auquel la demande a été présentée. Selon le ch. 2029 CIIAI, il n'y a pas de demande tardive lorsque l'administration, lors de l'examen d'une première demande suffisamment motivée, n'a pas vu que l'assuré avait bel et bien droit à des prestations et, de ce fait, n'a pas pris de décision sur ce point. Si la personne dépose une nouvelle demande plus tard, le versement ultérieur de prestations arriérées sera soumis à un délai de péremption absolu de cinq ans, à compter rétroactivement depuis le dépôt de la nouvelle demande (Pratique VSI 1997 p. 186). Exemple : un assuré a présenté à l'assurance- invalidité, en mai 1998, une demande concernant des moyens auxiliaires qui lui ont été accordés. Bien qu'il ressorte du dossier que l'assuré pouvait également prétendre à une rente, l'office concerné n'a pas examiné cette question. En mai 2004, il a présenté une nouvelle demande réclamant expressément l'octroi d'une rente. On constate que les conditions étaient déjà remplies en février 1997. C'est pourquoi la rente peut lui être accordée à partir de mai 1999 (soit cinq ans avant le dépôt de la nouvelle demande). b) Aux termes de l'art. 27 al. 1 LPGa, les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les

- 17 - limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations. Le devoir de conseils de l'assureur social au sens de l'art. 27 al. 2 LPGA comprend l'obligation de rendre la personne intéressée attentive au fait que son comportement pourrait mettre en péril la réalisation de l'une des conditions du droit aux prestations (ATF 131 V 472 consid. 4.3 p. 480). Il s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique (arrêt K 7/06 du 12 janvier 2007 consid. 3.3, in SVR 2007 KV n° 14 p. 53 et la référence). Son contenu dépend entièrement de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (Ulrich Meyer, Grundlagen, Begriff und Grenzen der Beratungspflicht der Sozialversicherungsträger nach Art. 27 Abs. 2 ATSG, in Sozialversicherungsrechtstagung 2006, n° 35, p. 27). Aucun devoir de renseignement ou de conseil au sens de l'art. 27 LPGA n'incombe à l'institution d'assurance tant qu'elle ne peut pas, en prêtant l'attention usuelle, reconnaître que la personne assurée se trouve dans une situation dans laquelle elle risque de perdre son droit aux prestations (ATF 133 V 249 consid. 7.2 p. 254 s.). En vertu du principe de la protection de la bonne foi découlant de l'art. 9 Cst (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité (en l'espèce l'assureur) à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre (ATF 131 V 472 consid. 5 p. 480). c) Dans le cas d'espèce, la demande de prestations a été déposée le 26 mars 2014. Le droit à la rente doit dès lors être reconnu avec effet au 1er septembre 2014, conformément à l'art. 29 al. 1 LAI.

- 18 - La recourante ne peut en effet être suivie lorsqu'elle soutient que c'est la date du 16 janvier 2013, respectivement celle du 9 octobre 2013, qui devrait être retenue. S'agissant en premier lieu de la procédure initiée en janvier 2013 par le dépôt d'une demande de moyens auxiliaires, force est de constater que la recourante n'a pas manifesté son intention, à ce moment-là, de déposer une demande de rente, se limitant à une demande de moyens auxiliaires. Or en février 2013 à tout le moins, elle était en mesure de préciser le type de prestations qu'elle sollicitait, dès lors qu'elle a été en mesure d'indiquer à l'intimé qu'elle ne souhaitait pas qu'il s'adresse aux médecins de la Clinique de [...], mais à ses médecins traitants. A cette époque, l'assurée pouvait en outre connaître les circonstances de son affection, et n'était pas objectivement empêchée d'agir pour cause de force majeure. L'instruction de l'intimé a porté sur les moyens auxiliaires uniquement, sans que l'assurée ne réagisse. Au vu des pièces au dossier et des faits, l'obligation de l'administration d'examiner le cas s'étendait aux moyens auxiliaires, sans que l'on ne puisse faire grief à l'intimé d'avoir limité son examen auxdits moyens. La date du 16 janvier 2013 ne peut donc être retenue comme dies a quo du droit à la rente. Il en va de même de celle du 9 octobre 2013. Dans le cadre de la procédure de détection précoce initiée sur conseil de l'ergothérapeute de la recourante, cette dernière a déclaré que sa situation était désormais en ordre et a admis qu'elle pourrait travailler. Aucun élément médical contredisant cette affirmation n'a été produit. Dans ces circonstances, l'intimé n'a pas erré en communiquant à la recourante qu'il lui était loisible de s'inscrire à l'office régional de placement. Une violation de son devoir de conseil au sens de l'art. 27 LPGA ne peut dès lors être reprochée à l'intimé.

- 19 - 4. 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 et 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. 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). b) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base 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). 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. 3c et 105 V 156 consid. 1).

- 20 - c) De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée). Un rapport médical ne saurait au demeurant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. Cependant, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). En outre, si les rapports du SMR selon l'art. 49 al. 2 RAI ne constituent pas des expertises au sens de l'art. 44 LPGA, leur valeur probante est cependant comparable à celles-ci, si elles satisfont aux exigences définies par la jurisprudence en matière d'expertise médicale (ATF 135 V 254 consid. 3.3 et 3.4 ; TF 9C_600/2010 du 21 janvier 2011 consid. 2). 5. S'agissant de la capacité de travail, dans son avis du 14 juillet 2014, la Dresse P. _____ n'a pas indiqué si les informations qu'elle avait données, à savoir un taux d'activité de 70% avec un

rendement entre 40 et 70%, devaient s'entendre dans l'activité habituelle de l'assurée ou dans une activité adaptée. Le Dr Z. _____ a toutefois quant à lui précisé cet aspect dans son rapport du 4 septembre 2014, en retenant les mêmes taux d'activité que ceux retenus par la Dresse P. _____ dans l'activité habituelle, mais en estimant par contre le degré de capacité de travail à

- 21 - 50% environ dans une activité adaptée. Cette appréciation n'est pas contredite. La recourante elle-même ne la remet pas sérieusement en cause, se contentant de déplorer que le Dr L. _____ du SMR ne l'ait pas examinée, ni n'ait pris contact avec ses thérapeutes. Or ce médecin a étudié l'entier des pièces médicales au dossier – savoir en particulier celles émanant des médecins de la recourante – et a confirmé le taux de 50% retenu par le Dr Z. _____ (cf. avis du 23 janvier 2015). Dans la mesure où les éléments médicaux ne sont pas contradictoires, et permettaient au SMR de se déterminer en connaissance de cause sur les atteintes de la recourante, le fait que le Dr L. _____ ne l'ait pas examinée est sans incidence sur l'issue du litige. Le rapport du Dr T. _____ du 3 juin 2016 produit à l'appui du recours vient quant à lui confirmer la stabilité clinique et radiologique à la suite de la dérivation ventriculo-péritonéale, sans attester de péjoration de l'état de l'assurée. Dans ces circonstances, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'intimé selon laquelle l'assurée est en mesure d'exercer une activité adaptée au taux de 50%. 6. 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. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment

- 22 - déterminant si elle était en bonne santé. 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 l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence). Lorsque l'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le revenu qu'il obtenait dans le poste occupé jusqu'alors, le cas échéant, en l'adaptant au renchérissement et à l'évolution générale des salaires réels (RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2). On ne peut s'écarter de ce principe qu'à titre exceptionnel, lorsque sur le vu des circonstances du cas particulier, il apparaît comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que sans atteinte à la santé, le salaire réel aurait augmenté grâce à un développement des capacités professionnelles individuelles (lié en particulier à un complément de formation) ou en raison d'une circonstance personnelle comme une promotion à une fonction supérieure ou un changement de profession (RAMA 2006 n° U 568 p. 65, U 87/05, consid. 2.1.2 ; 1993 n° U 168 p. 97, U 110/92, consid. 3b ; 8C_311/2012 du 10 mai 2013 consid. 3.1). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de

travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidité. 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 -, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques

- 23 - résultant de l'Enquête sur la structure des salaires [ESS] de l'Office fédéral de la statistique ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail établies par la CNA (ATF 139 V 592 consid. 2.3 p. 593). b) La recourante soutient, s'agissant du revenu sans invalidité, que l'intimé ne pouvait l'établir en se référant aux données statistiques, mais aurait dû l'établir en retenant le salaire qu'elle aurait perçu dans le cadre de son activité auprès de la [...], soit 86'134 fr., correspondant à l'échelon maximal de sa classe salariale qu'elle avait atteint en novembre 2010. La recourante ne peut toutefois être suivie dans ses explications. Elle a en effet quitté le poste qu'elle occupait au sein de la [...] - pour des raisons personnelles - en novembre 2010, soit deux ans avant que ne survienne l'atteinte à la santé, singulièrement l'AVC du 28 novembre 2012. On ne peut dès lors partir de l'idée que l'assurée aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé. Elle a au demeurant occupé durant sa carrière aussi bien des postes auprès de l'Etat de [...] qu'auprès d'entreprises privées. Dans ces circonstances, l'intimé n'avait pas à retenir l'échelon maximal de la classe salariale que la recourante aurait atteint auprès de l'Etat de [...] en novembre 2010 comme revenu sans invalidité. Il n'y a partant pas lieu de donner suite à la réquisition de la recourante tendant à l'établissement, par le Service du personnel de l'Etat [...], de sa situation salariale au 30 novembre 2010 (cf. appréciation anticipée des preuves, ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 p. 298 et les références). Dans un moyen subsidiaire, la recourante soutient que dans l'éventualité où son revenu sans invalidité était tout de même établi sur la base des données statistiques, il conviendrait alors de retenir la branche 84 « Admin. publique, défense ; sécurité sociale », niveau 2, correspondant à un salaire de 7'183 fr. par mois au total, soit 93'379 fr. par an, respectivement 96'880 fr. 70 pour 41.5 heures de travail par semaine. Or il n'y a pas lieu de s'écarter du tableau T17 relatif au secteur privé et public sur lequel l'intimé s'est fondé, dans la mesure où, comme

- 24 - relevé ci-dessus, la recourante a occupé non seulement des postes dans le secteur public, mais également dans le secteur privé. Le tableau T17 reflète dès lors cette particularité, contrairement aux données auxquelles la recourante se réfère, lesquelles concernent uniquement le secteur public (et sont celles relatives à l'année 2014, alors qu'il est constant que l'année de référence est 2013, ce qui revient à se fonder sur l'ESS 2012, et à l'indexer pour 2013, ainsi que l'a fait l'intimé). C'est donc à bon droit que l'intimé a retenu que sans atteinte à la santé, la recourante aurait pu réaliser un revenu mensuel, 13ème salaire compris, de 5'685 fr., conformément au tableau T17 de l'ESS 2012. En adaptant ce montant au nombre d'heures hebdomadaires (41,7) et en l'indexant pour 2013 (0,70%), cela conduit à confirmer le salaire sans invalidité de 71'119 fr. 35. Or ce montant, comparé au salaire avec invalidité – non contesté – retenu par l'intimé, par 23'306 fr. 13, correspond à un taux d'invalidité de 67.45 arrondi à 67%, et ouvre donc le droit à un trois-quarts de rente. 7. a) Il résulte de ce qui précède que 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 (cf. art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD et 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e :

- 25 - I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 10 juin 2016 par l'Office de l'assurance- invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. Les frais de justice, par 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de X._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - X._____, - 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.