

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2018

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
Mme Dormond Béguelin et M. Riesen, assesseurs
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

T. _____, à [...], recourante, représentée par Me Yero Diagne, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 ss LPGA ; art. 4 et 28 LAI.

E n f a i t :

A. T. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, a déposé une première demande de prestations AI (assurance-invalidité) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 6 février 2012 invoquant des migraines et précisant que celles-ci étaient présentes depuis environ 40 ans mais qu'elles étaient devenues plus fortes depuis août 2011. L'assurée a également indiqué qu'elle avait été engagée à 100% en qualité de cuisinière depuis le 1^{er} juin 2010 au restaurant du [...] à [...] pour un revenu mensuel brut de 4'000 fr. et qu'elle travaillait actuellement à 50% en raison de sa maladie étant en incapacité de travail à 50% depuis le 12 septembre 2011.

Par décision du 19 juin 2013 de l'OAI, l'assurée a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} septembre au 31 décembre 2012 en raison d'une incapacité de travail reconnue à hauteur de 50% du 12 septembre 2011 au 23 septembre 2012.

Dès le 24 septembre 2012, l'assurée a repris son activité à 100% avant de connaître une nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 27 mai 2013.

Le 29 juillet 2013, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations AI, invoquant une migraine chronique avec douleurs existant depuis 2011.

Par courrier du 31 juillet 2013, l'OAI a requis de l'assurée de produire un rapport médical détaillé précisant le diagnostic, la description de l'aggravation de son état de santé par rapport à l'état antérieur, la date à laquelle cette aggravation était survenue, le nouveau degré de son incapacité de travail ainsi que le pronostic et d'autres renseignements utiles, avec l'indication qu'à défaut de nouvelles de sa part dans les 30 jours, une décision de non-entrée en matière lui serait notifiée.

L'assurée a produit un courrier, daté du 22 août 2013, de son médecin traitant, la Dresse Z._____, spécialiste en médecine interne générale, indiquant que, malgré la prise de Topamax, l'assurée avait noté une augmentation de ses migraines passant d'une fréquence d'une fois par semaine à une fois par jour et nécessitant l'augmentation de la prise de Maxalt. Cette praticienne a mentionné avoir constaté une aggravation de l'état de santé de l'assurée lors d'une consultation du 27 mai 2013 avec un syndrome d'intoxication au Maxalt et a précisé que l'arrêt de travail à 100% avait été instauré pour sevrage médicamenteux. Elle a également précisé que l'assurée était à l'arrêt à 50% depuis le 1^{er} juillet 2013 pour une durée indéterminée, compte tenu du fait que ce pourcentage d'activité contribuait à l'amélioration de l'état de santé de cette dernière.

Par projet de décision du 10 décembre 2013, l'OAI, se fondant sur un avis médical du 6 décembre 2013 du Dr V._____, spécialiste en médecine du travail, exerçant au sein du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a fait savoir à l'intéressée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa demande de prestations au motif que celle-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, les rapports médicaux produits ne permettant pas d'envisager une aggravation de son état de santé. L'avis médical précité contenait notamment le passage suivant :

« Vous demandez si nous devons investiguer plus loin.

Notre réponse est la suivante : primo, un sevrage n'est pas une IT durable, donc nous rejetons ce point. Secundo, une IT de 50% pour une durée indéterminée, sans que soient fournies des renseignements objectifs rendant plausibles une IT n'est pas recevable. D'autre part, s'il s'agit bien de sa migraine, il existe bien d'autres traitements qui permettent une amélioration de l'état de santé. Pour toutes ces raisons, nous ne rentrons pas en matière. Nous rappelons aussi que selon le RM SMR du Dr F._____, le 11.09.12, il apparaissait en plus que l'observance de l'assurée concernant un traitement de fond était mauvais (cf. Dr X._____, neurologue, le 28.06.12), et que le traitement actuel prôné par le Dr Z._____ (sic) n'était pas adéquat. Dès lors une aggravation, apparaît donc, ni plausible, ni crédible ou convaincante en l'état. Pour toutes ces raisons, nous n'avons

aucune raison de nous écarter des constatations antérieures, et d'entrer en matière pour quelque raison que ce soit.

Au total, nous en restons aux conclusions antérieures en considérant que la situation est inchangée. Nous n'entrons pas en matière. »

Par courrier du 23 décembre 2013, l'assurée a indiqué qu'elle contestait le projet de décision, en faisant valoir que son état de santé s'était détérioré depuis sa demande du 19 juin 2013.

Dans le délai fixé par l'OAI, elle a produit un rapport de la Dresse Z._____, daté du 29 janvier 2014, dans lequel cette praticienne mentionne avoir diagnostiqué une récurrence de crises migraineuses malgré un traitement de fond respecté, en raison d'une ambiance de travail extrêmement épuisante, et précisant que le traitement combiné à un arrêt partiel de travail à 50% avait permis de réduire le nombre des crises à une par semaine (dont deux majeures par mois). La Dresse Z._____ se réfère également à un « rapport d'expertise de l'AI » allant dans le même sens.

Dans un avis médical du 26 février 2014, le Dr V._____ du SMR s'est prononcé en faveur du maintien d'un refus d'entrée en matière, considérant que l'assurée n'avait pas apporté la preuve d'un changement significatif de son état de santé et qu'une aggravation apparaissait ni plausible, ni crédible en l'état.

Dans un avis du 6 mai 2014, l'OAI, sur consultation de son service juridique, a notamment proposé de solliciter à nouveau le SMR pour lui soumettre les questions suivantes (sic) :

« 1) Concernant la CT : il y a apparemment eu malentendu (dans l'avis SMR du 06.02.2014 [recte : 26.02.2014]) sur le document auquel faisait référence le Dr. Z._____ dans son RM du 31.01.2014 [recte : 29.01.2014] et qui, selon le SMR ne figure pas au dossier.

En fait, le Dr Z._____ faisait par erreur référence à une « expertise AI » : ainsi, il y a bien une expertise neurologique du 17.10.2012 (numérisée sous l'intitulé « Expertise médicale »), mandatée par l'assurance perte de gain [...] (et non l'AI) et réalisée par la Clinique [...]. Et à sa page 28, elle contient bien des commentaires, selon lesquels l'expert indique que « *l'IT ayant justifié l'expertise n'est plus à l'ordre du jour, mais pourrait se reproduire à l'avenir, auquel cas serait justifiée la*

reprise d'une diminution de l'activité en fonction de la fréquence des crises et ce, pour une durée minimale de 3 mois, le temps de réajuster un traitement de fond efficace ». Ces commentaires semblent donc plutôt aller à l'appui qu'à l'encontre de l'IT de 50% attestée par le médecin traitant en accompagnement du traitement au Topamax.

Il y a apparemment aussi eu malentendu (dans l'avis SMR du 06.02.2014 [recte : 26.02.2014]) concernant le RM du neurologue, le Dr. X. _____ du 28.06.2013 - cela à 2 niveaux :

- Ce rapport invoqué pour appuyer une mauvaise observance du traitement par l'assurée ne porte que sur une période antérieure au 28.06.2012 : on ne peut donc pas en déduire une mauvaise observance postérieure. A noter que, pour sa part, le médecin traitant atteste d'un traitement respecté (RM du 31.01.2014 [recte : 29.01.2014]).

- Ce même rapport du Dr. X. _____ ne se prononce pas sur le caractère inadéquat du traitement actuel au Topamax, bien que le SMR semble le comprendre ainsi. En fait, ce rapport (cf. points 4 et 5) estime inadéquate l'absence de traitement de fond avec seulement du Maxalt 10 mg en cas de crise de migraine et recommande un traitement de fond. Or le traitement actuel de Topamax consiste en un traitement de fond (selon RM du 31.01.2014).

-> Question : les éléments ci-dessus (liés à l'expertise neurologique + au RM du Dr. X. _____) sont-ils à même de modifier les conclusions de l'avis SMR du 26.02.2014 (situation médicale inchangée et en particulier CT inchangée)?

2) Concernant le traitement exigible : merci de préciser, si cela est possible au vu du dossier :

- **quel est le traitement exigible ;**
- **quelle amélioration de la CT en % est escomptée et après quel délai ;**
- **y a-t-il absence de contre-indication (pas de souffrances excessives occasionnées par le traitement).**

-> En fonction de vos conclusions : merci également de bien vouloir mettre sur pied une expertise si nécessaire, à savoir au cas où vos conclusions sur la CT et/ou en relation avec l'exigibilité de traitement ne rejoignent ni celles de la Dresse Z. _____ ni celles du Dr X. _____ . »

Dans un avis médical du 10 mai 2014, les Drs V. _____ et S. _____, du SMR, ont recommandé, afin de déterminer précisément la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée, la mise en œuvre d'une expertise neurologique.

Par courrier du 5 juin 2014, l'OAI a soumis un questionnaire complémentaire au Dr W._____, spécialiste en neurologie, dont le contenu est le suivant, dans l'hypothèse où celui-ci ne reconnaîtrait pas une pleine capacité de travail à l'assurée :

- « 1. Confirmez-vous l'incapacité de travail de 50 % attestée par le médecin traitant (pour raison de sevrage, selon les rapports médicaux des 22.08.2013 et 31.01.2014) ?
2. Le traitement préconisé par le médecin traitant (selon les rapports médicaux précités) est-il selon vous approprié afin de diminuer l'atteinte à la santé due à la migraine et de ce fait augmenter la capacité de travail de l'assurée ? Si non, pour quelle raison et quel autre traitement recommandez-vous ?
3. Quelle amélioration (en %) de la capacité de travail, le traitement (celui du médecin traitant ou, respectivement, celui que vous recommandez) permet-il d'escompter ?
4. Après quel délai ?
5. Confirmez-vous que le traitement exigible recommandé n'implique pas de souffrances excessives qui seraient occasionnées par ce traitement (absence de contre-indication)? »

Dans un rapport d'expertise du 28 août 2014, le Dr V._____ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de céphalées mixtes vasomotrices (migraineuses) et tensionnelles (composante médicamenteuse non-exclue) présentes depuis l'enfance et aggravées depuis 2002 mais surtout depuis 2011-2012 et, sans répercussion sur la capacité de travail, d'hypercholestérolémie (présente depuis plusieurs années sans précision) et de mastose kystique (présente depuis plusieurs années également). L'expert a conclu que le traitement reçu par l'assurée était adéquat mais vraisemblablement sous dosé et a suggéré que celle-ci reprenne contact avec un neurologue. Il a également mentionné ce qui suit :

« En ce qui concerne la capacité de travail, certains éléments, déjà cités par le Dr H._____, doivent être rappelés. La première chose, la crise de migraine (je suis moi-même occasionnellement migraineux) est une affection n'entraînant pas seulement un mal de tête mais un état général de malaise qui peut être extrêmement handicapant, obligeant effectivement souvent la personne en souffrant à interrompre toute activité personnelle et professionnelle et à s'allonger dans le noir, ne se levant que pour vomir jusqu'à ce que l'accès douloureux finalement s'espèce. Pour essayer de rendre la situation plus confortable, on peut administrer, comme cela a été fait dans le cas de Mme T._____,

outre un triptan qu'il conviendrait d'administrer immédiatement au début de crises, un anti-nauséeux/anti-vomitif mais il n'y a rien d'autre que l'on puisse faire Si les triptans peuvent être très efficaces, ils peuvent également s'avérer totalement inefficaces ou seulement partiellement efficaces dans ce type de situation, quel que soit le triptan que l'on tente d'administrer Dans certains cas, seule l'administration d'une injection en principe d'Imigran ou d'un autre antalgique peut soulager le patient. La durée d'un épisode est effectivement variable allant d'1 à 2 heure (sic) jusqu'à plusieurs jours. Il existe également des status migraineux pouvant durer de 2 à 3 semaines durant lesquels le patient souffre quotidiennement de maux de tête L'importance des troubles incite le patient à prendre de façon répétitive un antimigraineux qui souvent le soulage partiellement transitoirement mais fait le lit de l'accès suivant.

Pour les éléments susmentionnés, on doit clairement faire la distinction, d'un point de vue médico-juridique également, entre des céphalées banales à caractère tensionnel pouvant être assimilées au groupe des troubles somatoformes et les accès de migraine qui sont une affection organique (même sans traduction objective) voire fréquemment génétique et familiale et distincte dans sa pathogénie des céphalées tensionnelles En conséquence de ce qui précède, les accès migraineux ne rentrent pas dans le cadre des céphalées sans substrat somatique.

S'agissant des facteurs déclenchants, tout facteur modifiant le milieu intérieur ou extérieur peut déclencher un accès de maux de tête , comme le mentionnait le Dr H. _____, le fait de travailler en cuisine, un environnement bruyant, le stress lié au coup de feu dans le cadre du restaurant sont autant d'éléments susceptibles de déclencher un accès migraineux Dans ce sens, on doit admettre que l'activité de cuisinière telle que déployée par Mme T. _____ dans le cadre du restaurant [...] était une activité peu favorable pour ses migraines Par contre, une activité sans notion de stress et de rendement immédiat, dans un environnement calme et peu bruyant, serait une activité nettement plus favorable, comme l'a été semble-t-il le travail auprès de personnes âgées. Il conviendrait donc de trouver à Mme T. _____ une activité, même en cuisine, plus adaptée telle qu'une activité par exemple dans une cuisine scolaire, une préparation de repas à moyen et long terme

Sur le plan de la capacité de travail, je pense que l'on doit admettre les incapacités de travail présentées courant 2011-2012 (12.09.2011 au 23.09.2012) sanctionnées par une demi-rente Al du 1^{er} septembre au 31 décembre 2012 Il est probable que durant cette période d'incapacité de travail à 50% il y ait eu des moments d'évolution favorable qui auraient pu justifier une pleine capacité de travail mais il n'est pas possible, étant donné la nature de l'affection et le caractère a retro de la présente appréciation, d'être plus précis dans les périodes et les taux d'incapacité de travail

En ce qui concerne la rechute annoncée à partir du 27.05 2013 avec une incapacité de travail complète suivie d'une incapacité de travail partielle (50%) à partir du 01 07.2013, on ne peut pas

reprocher à la patiente, sur la base des documents à disposition, un manque de suivi médicamenteux, le médecin traitant attestant une prise médicamenteuse régulière. Par contre, le dosage du Topamax est clairement insuffisant mais on ne peut pas en faire le reproche à la patiente. En conséquence de ce qui précède, je ne pense pas qu'on puisse évoquer la jurisprudence quant à un refus de la part de Mme T. _____ de se soumettre aux traitements nécessaires au maintien de son état de santé et de sa pleine capacité de travail.

Comme l'évoquait le Dr H. _____, l'évolution des migraines, surtout des migraines chronifiées est imprévisible, il peut y avoir des périodes de rémission suivies de périodes d'aggravation même si aucun élément extérieur ne s'est modifié. Dans le cas de Mme T. _____, on relèvera néanmoins que sa situation professionnelle s'est aggravée puisque le restaurant dans lequel elle travaillait a été vendu et qu'elle est donc au chômage depuis le 31 12 2013.

Actuellement, la situation neurologique de Mme T. _____ paraît à nouveau relativement favorable avec un épisode algique aigu toutes les 2 semaines d'une durée de 2 à 3 jours calmé par la prise de Maxalt, ce qui devrait autoriser une capacité de travail avoisinant 70-80% en moyenne. Néanmoins, comme la patiente le relève, cette amélioration de son état migraineux est également à mettre en relation avec le fait qu'elle est actuellement à son domicile et ne travaille pas, ayant ainsi supprimé un des facteurs favorisant/déclenchant de ses maux de tête.

Etant donné qu'il n'est pas possible dans une telle situation d'apprécier avec précision l'importance et la durée individuelles des épisodes migraineux, on reconnaîtra dans l'activité exercée antérieurement par la patiente (cuisinière dans un restaurant) les incapacités de travail ordonnées par le Médecin-traitant soit une incapacité de travail de 100% du 27.05 2013 au 30.06.2013 et de 50% à partir du 01.07.2013 jusqu'à la date du licenciement soit le 31 12.2013. La reconnaissance de cette incapacité de travail est basée sur le fait que si la patiente ne peut faire la preuve de ses troubles, nous ne pouvons pas non plus faire la preuve qu'elle ne souffrait pas et ne présentait pas une incapacité de travail durant cette période.

Si l'on peut admettre une incapacité de travail de 50% dans l'activité de cuisinière dans un restaurant aux dates susmentionnées, dans une activité plus adaptée, c'est-à-dire une activité sans stress/coup de feu, se déroulant dans une ambiance calme et non bruyante, la capacité de travail de Mme T. _____ est de 70-80% au minimum. L'incapacité de travail de 20-30% comporte les périodes d'accès migraineux particulièrement aigus lors desquelles Mme T. _____ pourrait être amenée à cesser momentanément son activité. Le type d'activité exigible est par exemple une activité de cuisinière mais dans un établissement scolaire, une usine, une cafétéria d'entreprise ou alors une activité totalement autre telle que celle de prise en charge, comme elle l'a fait par le passé, de personnes âgées, etc.

Parallèlement, Mme T. _____ devra reconsulter un neurologue afin d'adapter le traitement et d'optimiser sa capacité de travail. »

L'expert a également indiqué, s'agissant des influences de l'atteinte sur la capacité de travail, que les migraines chronifiées sans aura entraînaient des périodes d'incapacité de travail complète en relation avec l'importance des maux de tête et surtout avec les symptômes associés et que, dans ce contexte, les limitations étaient l'ambiance bruyante, le stress, les horaires variables et l'activité de nuit.

L'expert a répondu comme suit aux questions complémentaires qui lui ont été soumises :

« C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui, dans quel délai ? Si non, pour quelles raisons ?

Théoriquement, des mesures de réadaptation professionnelle sont envisageables, sans délai Il s'agirait de réadapter la patiente dans une activité sans notion de stress, de rendement par périodes, se déroulant dans un environnement peu bruyant et dans une ambiance calme

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ?

En ce qui concerne l'activité de cuisinière dans un restaurant, il n'est vraisemblablement pas possible d'améliorer significativement la capacité de travail Il convient néanmoins d'adapter le traitement antimigraineux. Toutefois, la seule adaptation du traitement antimigraineux sera vraisemblablement pas suffisante pour assurer une pleine capacité de travail à moyen et long terme dans une activité de cuisinière dans un restaurant Par contre, une activité de cuisinière dans une cafétéria d'usine/d'entreprise, d'école etc , serait de nature à améliorer significativement la capacité de travail Dans une telle activité, la capacité de travail est d'ores et déjà de 70-80% au moins.

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ?

D'autres activités sont effectivement exigibles de la part de l'assurée Il pourrait s'agir d'une activité de cuisinière dans un établissement autre qu'un restaurant se déroulant dans une ambiance plus calme, moins bruyante. On pourrait également songer à un autre type d'activité telle que s'occuper de personnes âgées, etc Dans une telle activité, la capacité de travail est de 70-80% en tenant compte d'une perte de rendement de 20-30% liée à des moments d'incapacité de travail complète transitoire en relation avec les accès migraineux aigus

Depuis quand l'exercice d'une activité adaptée est-il exigible ?

Au minimum, depuis l'introduction de la nouvelle incapacité de travail de 50% par le Médecin-traitant (01 07 2013) après sevrage médicamenteux. En fait, en principe, depuis la première période d'incapacité de travail.

Questions additionnelles .

1 Confirmez-vous l'incapacité de travail de 50% attestée par le Médecin-traitant (pour raison de sevrage, selon les rapports médicaux des 22.98.2013 et 31.01.2014) ?

Pour les événements développés plus haut, je pense qu'il faut accepter l'incapacité de travail de 50% attestée par le Médecin-traitant étant donné les facteurs de stress liés à l'activité de cuisinière dans un restaurant susceptibles par eux-mêmes de représenter le facteur déclenchant d'accès migraineux récidivants.

2. Le traitement préconisé par le médecin traitant (selon les rapports médicaux précités) est-il selon vous approprié afin de diminuer l'atteinte à la santé due à la migraine et de se (sic) fait augmenter la capacité de l'assurée ? si non, pour quelles raisons et quel autre traitement recommandez-vous ?

Pour discussion détaillée, cf. plus haut. En bref, je recommande que Mme T._____ reconsulte un neurologue, par exemple le Dr X._____ pour adaptation du traitement qui [est] actuellement sous dosé mais adéquat dans son schéma

3 Quelle amélioration (en %) de cette capacité de travail, le traitement (celui du Médecin-traitant ou respectivement celui que vous recommandez) permet-t-il d'escompter ?

Il n'est pas possible de répondre précisément à une telle question compte tenu de la nature de l'affection dont souffre Mme T._____. On peut néanmoins espérer, comme mentionné plus haut, que l'adaptation du poste de travail et

l'adaptation du traitement amène à une amélioration de la situation permettant une capacité de travail de 70-80 % en moyenne dans une activité adaptée

4. **Après quel délai ?**

En principe, l'effet du traitement antimigraineux de fond se réalise dans les semaines qui suivent l'introduction/modification du traitement mais cela est impossible à déterminer préalablement.

5 **Confirmez-vous que le traitement exigible recommandé n'implique pas de souffrance accessible qui serait occasionnée par ce traitement (absence de contre-indication)**

Je confirme que le traitement exigible recommandé et/ou recommandable n'implique en principe pas de souffrance excessive. Il faut néanmoins rappeler que certains traitements antimigraineux ne sont pas tolérés par le patient et doivent être interrompus. Le traitement actuel semble bien toléré par Mme T._____ et on peut espérer qu'une augmentation du Topamax pourrait être suffisante pour améliorer la situation. Si nécessaire, ce traitement pourrait être remplacé et d'autres traitements additionnels instaurés. Pratiquement, je répète qu'il s'agit pour la patiente de reprendre contact avec un neurologue pour prise en charge. La prise de contact avec le neurologue et le suivi neurologique sont exigibles étant donné qu'ils sont de nature à améliorer/maintenir la capacité de travail et ne peuvent être considérés comme impliquant des souffrances excessives ainsi qu'un risque majeur pour la santé de Mme T._____ . »

Dans un avis médical du 25 septembre 2014, le Dr V._____ du SMR est parvenu à la conclusion suivante :

« Nous suivons ces avis [ndlr : ceux de l'expert] : cet examen revêt une pleine valeur probante, les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, basée sur les critères de la CIM-10, il se fonde sur des examens complets, prenant en considération les plaintes exprimées. Notre expert établit ses conclusions après avoir pris une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées.

Synthèse : une rechute est fixée au du (sic) 27.05.13 (cf. p18-19). L'IT est de 100% depuis, puis de 50% dès le 01.07.13. La CT dans l'Activité Habituelle est de 50%, nous sommes d'accord ; dans une AA, elle est de 75% dès le 01.07.13 (cf 70-80% et sevrage médicamenteux, p21) et de 100% comme ménagère depuis le 31.12.13 (chômage). *Les LF sont les suivantes* : inapte activité en ambiance bruyante, de nuit, sans rendement immédiat, avec stress, ou horaires variables ; apte au

calme, sans stress, sans rendement immédiat, voire une cuisine scolaire ou la préparation de repas à moyen long terme.
Au total, nous suivons les conclusions du Dr W. _____ telles que formulées ci-dessus. Elles sont justes et convaincantes au regard de la maladie et du métier qu'exerçait l'assuré. »

Le 3 février 2015, l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Au titre du revenu sans invalidité, il a retenu celui perçu par l'assurée en 2012 dans son activité de cuisinière (48'000 fr. par année), indexé à 2013, soit, un montant de 48'329 fr., et comme revenu avec invalidité celui tiré de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2012 (TA 1), niveau de compétence 1, indexé à 2013, au taux de 75%, soit un montant de 38'850 fr. 91, sur lequel il a admis un abattement de 10 % en raison du taux d'occupation, soit un revenu avec invalidité de 34'965 fr. 82. En comparant les revenus avec et sans invalidité, l'OAI a conclu que le taux d'invalidité de l'assurée s'élevait à 27.65 %.

Par projet de décision du 4 juin 2015, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, au motif qu'une capacité de travail de 75% lui était reconnue dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles, telles que cuisinière dans une cafétéria d'usine ou d'entreprise, d'école ou dans un établissement avec une ambiance calme et moins bruyante et qu'elle présentait un degré d'invalidité de 28% n'ouvrant pas de droit à une rente. L'OAI a également informé l'assurée de son intention de lui refuser un reclassement professionnel, dès lors qu'aucune mesure ne permettrait de réduire son préjudice économique. Il lui a également fait part de son intention de la faire bénéficier d'une aide au placement afin de la soutenir dans la recherche d'un emploi adapté.

L'assurée, assistée de son conseil Me Yero Diagne, a déposé ses observations le 20 août 2015 à la suite du projet de refus de l'OAI. Elle contestait le taux de capacité de travail résiduelle exigible, le calcul du revenu sans invalidité ainsi que le calcul du revenu avec invalidité. Elle a en particulier relevé que seul un taux de 50% au titre de capacité résiduelle de travail devait être pris en compte pour contribuer à stabiliser son état de santé précisant qu'elle travaillait depuis septembre 2014 à

20% pour un salaire mensuel brut de 682 fr. auprès de l'entreprise [...] Sàrl et qu'elle envisageait d'augmenter son taux d'activité à 50%. Elle a également fait valoir qu'il fallait retenir un revenu sans invalidité de 55'576 fr. pour tenir compte du 13^{ème} salaire et de son revenu accessoire (nettoyage d'escaliers) à hauteur de 298 fr. par mois en moyenne. Enfin, le revenu avec invalidité devait se calculer d'après la situation concrète de l'assurée qui avait retrouvé un travail à compter de septembre 2014 pour un salaire mensuel de 682 fr. au taux de 20% en tenant compte d'une capacité résiduelle exigible de 50% et aboutir ainsi à un montant de 22'165 francs. En définitive, la perte de gain s'élevait à 33'411 fr. (55'576 fr. - 22'165 fr.), soit à un degré d'invalidité de 60.11% qui donnait le droit à trois-quarts de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2013.

Par décision du 25 août 2015, l'OAI a refusé à l'assurée l'octroi d'une rente d'invalidité de même qu'un reclassement professionnel pour les même motifs qu'invoqués dans le projet de décision du 4 juin 2015.

Par courrier du 28 août 2015, l'assurée a relevé que la décision de l'OAI ne tenait aucunement compte des observations formulées le 20 août 2015. Invoquant une violation du droit d'être entendu, l'assurée a requis l'annulation de la décision précitée et la reddition d'une nouvelle décision tenant compte des points soulevés dans ses déterminations.

Par courrier du 7 septembre 2015, l'OAI a informé l'assurée de ce qu'il retirait sa décision du 25 août 2015 et examinerait les arguments avancés. Il a également mis fin à la mesure d'aide au placement, compte tenu du désaccord existant quant à la capacité de travail exigible.

Par courrier du 16 septembre 2015, l'assurée a confirmé les conclusions prises dans ses déterminations du 20 août 2015 et a produit un rapport médical du 10 septembre 2015 de la Dresse Z. _____ mentionnant que l'assurée était toujours sous traitement de Topamax à raison de deux comprimés par jour et de Maxalt à raison de trois fois par semaine en cas de crises de migraine, qu'elle suivait une thérapie par magnésium une fois par jour et confirmant qu'un taux d'activité de 50%

dans une activité adaptée (en milieu préservé, peu de lumière et de bruit, pas de stress) permettait à l'assurée de réduire la fréquence de ses crises de migraine.

Par courrier du 30 septembre 2015, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a fait savoir à l'OAI qu'elle consentait à participer à toute mesure de réadaptation qui lui permettrait d'augmenter son taux d'activité jusqu'à 50% dans l'emploi qu'elle occupait actuellement mais qu'elle n'entendait pas s'exposer à une dégradation de son état de santé en tentant à nouveau de travailler à un taux supérieur à 50%, la dernière tentative en ce sens en 2013 s'étant soldée par une nouvelle incapacité de travail à 100%.

Dès 2016, l'assurée a augmenté son d'activité à 50% réalisant un salaire mensuel brut de 1'704 francs.

Par courrier du 10 mars 2016, l'OAI, se fondant sur un avis médical du 8 octobre 2015 du Dr V. _____ du SMR, a indiqué à l'assurée que les pièces médicales amenées dans le cadre de sa contestation du 20 août 2015, complétée le 16 septembre 2015, ne permettaient pas de remettre en cause la capacité de travail médicalement exigible de 75% dans une activité adaptée, telle que retenue dans l'expertise réalisée par le Dr W. _____. L'office précité a également rappelé la jurisprudence relative aux rapports médicaux des médecins traitants à admettre avec réserve. S'agissant du montant retenu au titre de revenu sans invalidité, l'OAI a constaté qu'un complément mensuel (13^{ème} salaire) était effectivement versé mensuellement à l'assurée et que, partant, le revenu se montait à 52'000 francs. Quant au salaire versé pour son activité de nettoyeuse, il y avait également lieu d'en tenir compte à raison de 212 fr. 90 (et non de 298 fr.) par mois, soit 2'554 fr. 80 par année, tel que cela ressortait du certificat de salaire 2013, ce qui ramenait le revenu sans invalidité à un montant total de 54'554 fr. 80. Pour ce qui était du revenu avec invalidité basé sur l'ESS à hauteur de 34'966 fr., celui-ci devait être confirmé, dès lors que l'OAI maintenait sa position en retenant une capacité de travail exigible de 75%. Compte tenu des éléments précités, la

perte de gain s'élevait à 19'588 fr. 80 aboutissant à un préjudice économique de 36% qui restait inférieur à 40%, limite ouvrant le droit à une rente.

Par décision du même jour, l'OAI a rejeté la demande de prestations déposée par l'assurée le 29 juillet 2013, en refusant l'octroi d'un reclassement professionnel et d'une rente d'invalidité pour les motifs invoqués dans son courrier annexe.

B. Par acte du 21 avril 2016, l'assurée a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (ci-après : CASSO), en concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 2013 et, subsidiairement, à l'annulation de la décision du 10 mars 2016, la cause étant renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle conteste en particulier le taux de capacité de travail résiduelle exigible retenu par l'OAI ainsi que le calcul du revenu avec invalidité. S'agissant du premier point, la recourante cite des passages de l'expertise du Dr W. _____ et en conclut que celui-ci ne s'est pas prononcé de manière définitive sur le taux de capacité exigible. Elle relève également que son médecin traitant a toujours émis des avis clairs quant à sa capacité de travail résiduelle, de sorte qu'elle estime nécessaire de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du même expert afin qu'il précise ses conclusions sur la base de la situation actuelle tant médicale que professionnelle, la recourante travaillant désormais à 50% dans un environnement calme et adapté à son handicap. Concernant le deuxième point, soit le calcul du revenu avec invalidité, la recourante estime qu'il y a lieu de tenir compte de la situation concrète, soit du fait qu'elle avait retrouvé un emploi à 20% à l'époque de la procédure administrative (et désormais à 50%) et considère à cet égard que le calcul réalisé par l'OAI se fondant sur les données statistiques (ESS) est insoutenable. Ainsi, de l'avis de la recourante, le calcul du revenu avec invalidité devrait s'opérer en retenant un salaire mensuel de 1'704 fr. (compte tenu d'une capacité de travail résiduelle exigible de 50%), soit de 20'448 fr. par an auquel s'ajoute le 13^{ème} salaire de 1'704 fr. portant le

total à 22'152 francs. La perte de gain devrait donc s'élever à 32'402 fr. 80 (54'554 fr. 80 - 22'152 fr.) et aboutir ainsi à un degré d'invalidité de 59.39% donnant droit à une demi-rente d'invalidité. La recourante relève encore que si l'on prenait en compte le bas de la fourchette posée de manière médico-théorique par l'expert, soit une capacité résiduelle exigible de 70% au lieu du 50% retenu, le calcul ouvrirait néanmoins le droit à une rente en sa faveur, dès lors que le degré d'invalidité correspondrait à 43.15% (55'554 fr. 80 - 31'012 fr. 80).

Par réponse du 6 juin 2016, l'OAI, se fondant sur les conclusions de l'expertise du 28 août 2014 du Dr W._____, propose le rejet du recours et le maintien de la décision querellée.

Par réplique du 30 juin 2016, la recourante fait valoir que l'OAI n'a pas répondu aux griefs soulevés dans le recours et relève, au contraire de ce que soutient cet office, que l'expertise ne contient pas de conclusions claires, l'expert n'ayant pas arrêté de taux définitif relatif à la capacité de travail résiduelle exigible mais simplement émis des projections dans une tranche qu'il qualifie lui-même de médico-théorique. A cet égard, elle estime nécessaire de procéder à un complément d'expertise. Elle rappelle par ailleurs qu'elle a trouvé un travail à 50% adapté à son handicap et constate que l'OAI ne s'est pas prononcé quant au calcul du revenu avec invalidité.

Par duplique du 18 août 2016, l'OAI a maintenu sa position.

La recourante s'est encore déterminée par courriers des 29 août et 7 septembre 2016 et a produit avec le second courrier, un certificat médical établi le 2 septembre 2016 par la Dresse Z._____, attestant d'une incapacité de travail du 2 au 13 septembre 2016 pour maladie. La recourante précise à cet égard que l'incapacité est due à une violente crise de migraine, ce qui démontrerait que malgré une activité de serveuse à 50%, elle est encore et toujours sujette à des crises nécessitant des arrêts de travail complets sur plusieurs jours.

L'OAI s'est déterminé par courrier du 3 octobre 2016, précisant que le certificat médical produit n'amenait pas d'élément objectif nouveau qui pouvait avoir une influence sur la décision attaquée au moment où elle avait été prise.

Par courrier du 16 mai 2017, la recourante a produit un nouveau certificat médical établi le 20 avril 2017 par la Dresse Z._____, attestant d'une incapacité de travail du 20 avril au 15 mai 2017 pour cause de maladie.

Le 23 avril 2018, la recourante a produit un certificat médical du 24 mai 2017 émanant de la Dresse Z._____, faisant état d'une incapacité de travail pour cause de maladie depuis le 20 avril 2017 avec reprise à 100% dès le 15 juin 2017.

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 opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte - ce qui est le cas des décisions des offices AI cantonaux (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 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, formé en temps utile devant le tribunal compétent selon les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

2. a) 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).

b) En l'espèce, la question litigieuse est celle de savoir si la recourante peut prétendre à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2013, comme elle le requiert dans son mémoire de recours. La recourante conteste en effet disposer d'une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée comme l'a retenu l'intimé dans la décision attaquée.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle, 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). L'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI).

Aux termes de l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un degré d'invalidité de 50 % à une demi-rente, un degré d'invalidité de 60 % au moins à trois quarts de rente et un degré d'invalidité de 70 % au moins à une rente entière.

c) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, sur 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).

4. La recourante reproche tout d'abord à l'intimé de s'être fondée uniquement sur le rapport d'expertise du Dr W._____ pour retenir un taux de capacité de travail résiduelle exigible dans une activité adaptée de 75% au lieu de 50%. En effet, elle estime que l'expert ne s'est pas prononcé de manière définitive sur le taux de capacité de travail exigible au contraire de la Dresse Z._____ qui retient une capacité de travail exigible dans toute activité de 50%. Elle requiert ainsi qu'un complément d'expertise soit mis en œuvre auprès du même expert afin qu'il tienne compte de sa situation actuelle (activité à 50% auprès de [...] Sàrl depuis 2016).

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

b) Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il convient en effet de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il faut toutefois relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté au motif qu'il émane du

médecin traitant ou d'un médecin se trouvant en rapport de subordination avec un assureur (TF 9C_607/2008 du 27 avril 2009 consid. 3.2).

c) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b). Un avis médical, même rendu postérieurement à une décision, doit être pris en compte s'il permet d'apprécier les circonstances au moment où celle-ci a été prononcée (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C_105/2008 du 23 juin 2008 consid. 2.2

d) En l'espèce, il est établi que la recourante présente une atteinte à la santé qui limite sa capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, tous les médecins attestent que celle-ci souffre de céphalées mixtes vasomotrices (migraines) et tensionnelles qui se sont aggravées depuis 2011-2012. Ils s'accordent également sur le fait qu'il faut tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante en préconisant une activité qui ne génère pas trop de stress, dans un environnement calme, peu bruyant, sans rendement immédiat, ni horaires variables. Leurs avis divergent en revanche quant au taux de capacité de travail résiduelle exigible de la part de la recourante à prendre en compte.

L'OAI, pour sa part, s'est fondé sur l'expertise réalisée le 28 août 2014 par le Dr W. _____ pour retenir une capacité de travail exigible dans une activité adaptée de 75%. La recourante soutient à cet égard que l'expert ne s'est pas prononcé de manière définitive sur sa capacité de travail résiduelle exigible dans une activité adaptée et requiert la mise en œuvre d'un complément d'expertise. Or contrairement à ce que prétend la recourante, l'expert répond à plusieurs reprises que dans une activité adaptée (telle que cuisinière dans une cafétéria d'usine/d'entreprise, d'école, etc.), la capacité de travail est d'ores et déjà de 70 à 80% au moins (cf. rapport d'expertise, réponses aux questions 2 et 3 p. 20). Comme l'a relevé le Dr V. _____ du SMR, cette expertise revêt une pleine

valeur probante. En effet, les points litigieux ont fait l'objet d'une étude fouillée, l'expertise repose sur des examens complets prenant en considération les plaintes exprimées par l'assurée, les conclusions ont été prises après avoir eu une pleine connaissance du dossier (anamnèse), la description du contexte médical est claire et les conclusions sont bien motivées. Du reste, la recourante ne conteste pas la valeur probante de cette expertise en tant que telle mais soutient qu'un complément d'expertise est nécessaire pour tenir compte de sa situation actuelle tant sur le plan médical que professionnel. A cet égard, on relèvera que les documents médicaux produits par la recourante postérieurement à la décision attaquée, en particulier les deux certificats médicaux de la Dresse Z. _____ datés des 2 septembre 2016 et 20 avril 2017, ne sont pas pertinents dans le cadre du présent recours dès lors que ceux-ci concernent une période postérieure à la décision attaquée (cf. ATF 121 V 362 consid. 1b). Ces pièces n'apportent au demeurant aucun élément nouveau sur le plan médical mais tendent au contraire à appuyer les conclusions du Dr W. _____ qui retient un taux de capacité de travail résiduelle exigible de la part de la recourante de 70 à 80%, précisément pour tenir compte des périodes d'accès migraineux particulièrement aigus lors desquelles celle-ci peut être amenée à cesser momentanément son activité (pp. 19-20 du rapport d'expertise). Quant à l'aspect professionnel, le fait que la recourante n'ait eu aucune peine à retrouver un emploi et, qui plus est, de passer à un taux d'activité de 20% à 50%, démontrant qu'elle est en mesure d'exercer son activité habituelle à ce taux, laisse à penser qu'il peut être raisonnablement exigé d'elle qu'elle travaille dans une activité adaptée au taux de 75%. On relèvera encore que les rapports médicaux de la Dresse Z. _____, médecin traitant de la recourante, sont tous relativement brefs et ne remplissent pas les critères de la jurisprudence pour leur accorder une pleine valeur probante. Partant, c'est à juste titre que l'OAI s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr W. _____ qui est convaincant et qui a pleine valeur probante.

En définitive, il y a lieu de confirmer le pourcentage retenu par l'intimé au titre de capacité de travail résiduelle exigible.

5. La recourante critique encore le fait que l'OAI se soit fondé sur les données statistiques issues de l'ESS pour déterminer son revenu d'invalidité et non sur le revenu qu'elle réalise effectivement dans le cadre de l'activité qu'elle exerce depuis septembre 2014 auprès de l'entreprise [...] Sàrl.

a) Aux termes de l'art. 16 LPGA, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré.

Le revenu d'invalidité 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 résultant de l'ESS ou sur les données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT) établies par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA) (ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1).

b) La détermination du revenu d'invalidité suppose de prendre en considération l'obligation de l'assuré de réduire le dommage, contrairement à ce qui prévaut pour fixer le revenu sans invalidité (ATF 134 V 64 consid. 4 ; Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Genève/Zurich/Bâle 2011, n. 2108 p. 562). Cette exigence suppose, pour l'assuré qui demande

une rente d'invalidité, l'obligation d'accepter d'exercer cette activité dans tous les domaines de l'économie, sans se limiter au domaine dans lequel il travaillerait s'il n'était pas atteint dans sa santé (TF 9C_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3) et d'accepter la prise en considération d'un salaire plus élevé auquel il a volontairement renoncé. En effet, en vertu de son obligation de réduire le dommage, il se doit d'utiliser de manière optimale sa capacité de travail résiduelle, une fois que l'invalidité s'est manifestée (TFA I 687/04 du 24 mars 2005 consid.2.3 ; Valterio, op. cit., n. 2108 p. 562).

c) En l'espèce, force est de constater que, même si elle a retrouvé une activité à 20% dès septembre 2014 puis à 50% dès 2016, la recourante ne met pas pleinement à profit sa capacité de gain résiduelle exigible de 75% dans une activité adaptée. Il est dès lors justifié en l'espèce de se fonder sur les données statistiques de l'ESS pour fixer le revenu d'invalidé. Le montant retenu à ce titre par l'OAI dans sa décision du 10 mars 2016, soit 34'966 fr. par année, se fondant sur la tableau TA1, niveau de compétence 1, de l'ESS 2012, indexé à 2013, pour un taux d'activité de 75% peut ainsi être confirmé au stade du recours.

6. a) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

b) En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la mise en œuvre d'un complément d'expertise, tel que requis par la recourante.

7. **a)** Compte tenu de ce qui précède, 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'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). En l'occurrence, vu l'ampleur de la procédure, les frais sont fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 49 al. 1 LPA-VD).

La recourante qui n'obtient pas gain de cause n'a en outre pas droit à l'allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 10 mars 2016 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante T._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Yero Diagne (pour T. _____),
- 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 :