

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 décembre 2017

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Kreiner

Cause pendante entre :

L._____, au [...], recourante,

et

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

Art. 29 al. 1 LAI

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], divorcée, employée de commerce sans certificat fédéral de capacité, exerçait la profession de comptable indépendante. Depuis le 9 décembre 2009, elle était seule administratrice de sa société, R._____ SA au [...], par laquelle elle était employée depuis le 1^{er} janvier 2011. Elle était également seule administratrice de la société K._____ SA, au [...], depuis le 1^{er} mars 2011. L'intéressée a en outre été employée en qualité de comptable à temps partiel par U._____ Sàrl, à [...], entre 2009 et 2014.

Le 15 juillet 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations AI auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Elle a fait état d'une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) stade IV depuis mars 2014 et d'une incapacité de travail à 100 % du 2 avril au 4 juin 2014 puis à 50 % dès le 5 juin 2014.

Selon un questionnaire pour l'employeur du 22 juillet 2014, U._____ Sàrl a employé l'intéressée en qualité de comptable à 20 % du 1^{er} mars 2009 au 11 mars 2014, le contrat ayant été résilié par l'employeur pour des motifs économiques. Depuis le 1^{er} janvier 2014, elle percevait un salaire horaire de 66 fr. 40 qui correspondait au rendement.

Dans un formulaire 531bis du 25 juillet 2014, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 % en qualité de comptable par nécessité financière.

Le dossier de l'assureur perte de gain d'U._____ Sàrl a été versé au dossier AI le 25 juillet 2014.

Selon un questionnaire pour l'employeur signé par R._____ SA ce même 25 juillet 2014, l'assurée était employée en qualité de comptable depuis le 1^{er} janvier 2011. Elle avait travaillé à 87.5 % en début

d'activité et, depuis début mars 2014, travaillait à 50 %. Son salaire, qui s'élevait à 1'800 fr. par mois depuis le 1^{er} avril 2014, correspondait au rendement.

Dans un rapport médical du 8 août 2014, le Dr S._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de bronchopneumopathie chronique obstructive stade IV selon Gold, avec insuffisance respiratoire, et d'asthme anamnestique et ancien tabagisme et sans effet sur la capacité de travail de diabète de type II et d'obésité. Il a qualifié le pronostic de réservé au vu de l'importance de la bronchopneumopathie chronique obstructive et de l'insuffisance respiratoire au moindre effort. Le praticien a retenu que dans son activité de fiduciaire indépendante, la patiente avait été incapable de travailler à 100 % du 2 avril au 4 juin 2014 et qu'elle était incapable de travailler à 50 % depuis le 5 juin 2014 pour une durée indéterminée. Il a relevé qu'il existait uniquement des restrictions physiques à l'activité exercée, avec une dyspnée au moindre effort (lors de la marche rapide sur le plat ou après trois ou quatre marches d'escaliers) et que les limitations se manifestaient aussi dans les activités de bureau (porter des dossiers ou se déplacer en montée pour se rendre chez un client). Le Dr S._____ a estimé que d'un point de vue médical, l'activité exercée était exigible à 50 % avec un rendement réduit lorsque la patiente devait se déplacer ou porter des charges. Il n'y avait en revanche pas de réduction des capacités intellectuelles et elle pouvait continuer à exercer le travail de bureau.

Le 17 septembre 2014, l'OAI a indexé le dossier de l'assurance individuelle d'indemnités journalières de l'intéressée, qui a été mis à jour le 18 février 2015.

Dans un rapport médical du 30 septembre 2014, le Dr C._____, spécialiste en pneumologie, a posé le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de bronchopneumonie chronique obstructive stade Gold IV. Il a observé un syndrome obstructif très sévère et estimé que le pronostic était réservé. S'agissant de la capacité de travail de l'intéressée, il a renvoyé au médecin traitant, précisant ne pas connaître l'activité professionnelle de la patiente. Le spécialiste a par ailleurs retenu que

seules des activités dans différentes positions étaient possibles, la durée à raison de laquelle celles-ci étaient exigibles étant inconnue. La capacité de concentration et de compréhension n'était pas limitée mais la capacité d'adaptation et la résistance l'étaient, en raison d'une dyspnée au moindre effort, respectivement de fatigue. Ces indications étaient valables depuis le 11 septembre 2014.

Dans un avis médical du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) du 17 octobre 2014, le Dr Z._____, médecin au SMR, a estimé qu'il n'avait pas de raison médicale de s'écarter des conclusions du Dr S._____, à savoir notamment que l'assurée présentait une capacité de travail à 50 % dans son activité habituelle, en raison de la dyspnée occasionnée lors des déplacements chez les clients ou ailleurs dans le bureau, ou lors du port de dossiers, et une capacité de travail à 100 % dans toute activité exercée exclusivement au bureau. Il a en outre relevé les limitations fonctionnelle suivantes : tout effort physique, escaliers, marche en montée, port de charges, dyspnée au moindre effort et fatigabilité.

Par communication du 22 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation n'était possible, au motif qu'il allait demander une enquête pour indépendant dont il attendrait les conclusions.

Par sommation du 14 avril 2015, faisant suite à des courriers des 22 octobre 2014 et 8 décembre 2014 restés sans réponse, l'OAI a imparti à l'assurée un délai au 15 mai 2015 pour produire les pièces comptables (bilans et comptes d'exploitation, avis de taxation fiscale et feuilles annexes comprenant le détail de la taxation cantonale) pour les cinq années précédant son atteinte à la santé et pour les années suivantes, étant précisé qu'en l'absence de réponse à cette date, il prendrait sa décision sur la base du dossier en sa possession.

Par projet de décision du 13 juillet 2015, confirmé par décision du 22 septembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI de l'assurée, pour les motifs suivants :

"Résultat de nos constatations :

Malgré notre courrier du 8 décembre 2014 et notre sommation du 14 avril 2015, vous ne nous avez pas fourni les pièces comptables pour les 5 dernières années qui précèdent votre atteinte à la santé ainsi que les années suivantes.

Ces documents sont indispensables pour nous permettre de déterminer votre préjudice économique et d'examiner votre droit à la rente.

Dès lors, en l'absence de ces derniers, nous ne pouvons poursuivre l'instruction de votre dossier et sommes contraints de statuer en l'état."

B. Le 4 février 2016, l'OAI a indexé un courrier du même jour de l'assurance individuelle d'indemnités journalières de L._____, duquel il ressortait notamment que cette dernière avait touché des prestations entre le 2 avril 2014 et le 31 mars 2016 et qu'elle avait atteint la durée maximale d'allocation des prestations. Il était dès lors mis fin à l'assurance avec effet au 1^{er} avril 2016.

Le 31 mars 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI, déclarant avoir été incapable de travailler à 50 % du 2 avril 2014 au 28 août 2015, à 75 % du 28 octobre 2015 au 31 mars 2016 et à « 75 % » du « 01.04.2016 » au « 25.09.2016 (sic) ». Elle a fait état d'une bronchopneumopathie chronique obstructive stade IV depuis 2014. Dans la rubrique remarques complémentaires, elle a écrit : « Rente AVS [assurance-vieillesse et survivants] demandée depuis le mois de septembre 2016 ([...] ans), rente AI demandée uniquement pour la période d'avril à septembre 2016 ». L'assurée a notamment joint en annexe un courrier du 27 janvier 2016 de la Caisse AVS de la B._____ l'informant, étant donné qu'elle demandait l'anticipation de sa rente, que selon la législation en vigueur, le versement de cette dernière pourrait être effectué à partir du 1^{er} octobre 2016, soit à l'âge de [...] ans.

Selon un questionnaire pour l'employeur complété le 22 avril 2016 par R._____ SA, l'assurée travaillait à 25 % depuis 2014. Elle percevait un salaire annuel, correspondant au rendement, de 9'600 fr. depuis cette même année.

Dans un rapport médical du 24 avril 2016, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'insuffisance respiratoire partielle sur bronchopneumopathie chronique obstructive stade III Gold avec composante asthmatique chez une patiente ancienne tabagique (stop en 2014), avec syndrome obstructif très sévère, associé à une sévère distension, un sévère piégeage gazeux et une hypoxémie, avec emphysème bilatéral diffus sévère de type centro-lobulaire et bulleux, prédominant aux apex et avec troubles de diffusion de degré sévère. Il a

qualifié le pronostic de réservé, avec une aggravation lente le plus probablement. L'incapacité de travail était de 100 % du 2 avril au 4 juin 2014, de 50 % du 5 juin 2014 au 30 septembre 2015 et de 75 % dès le 1^{er} octobre 2015. Les restrictions physiques étaient les suivantes : dyspnée lors de déplacements également à plat, asthénie et fatigabilité importante. D'un point de vue médical, l'activité habituelle était exigible à 25 %.

Dans un formulaire 531bis du 29 avril 2016, l'assurée a déclaré que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 90-100 % en qualité de comptable, car il s'agissait de la profession exercée.

Le dossier de l'assurance individuelle d'indemnités journalières de l'intéressée a été indexé au dossier AI le 29 avril 2016 et mis à jour le 30 mai 2016.

Dans un rapport médical du 11 mai 2016, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale et pneumologie, a relevé que l'assurée souffrait d'une bronchopneumopathie chronique obstructive de stade III selon Gold sur ancien tabagisme (environ 50 UPA, stop en septembre 2014). Une composante asthmatique était en outre suggérée par l'anamnèse chez une patiente qui souffrait d'une rhinoconjonctivite allergique et d'atopie. Un CT scan thoracique (réalisé le 18 septembre 2014) avait confirmé la présence d'un remaniement emphysémateux bilatéral diffus et sévère, de type centro-lobulaire et prédominant aux apex. La gazométrie objectivait une hypoxémie modérée sans évidence pour une hypercapnie. Aux fonctions pulmonaires, le pneumologue retrouvait un syndrome obstructif de degré sévère, associé à une sévère distension et un sévère piégeage gazeux, ainsi que des troubles de la diffusion de degré sévère. La patiente souffrait par ailleurs d'autres comorbidités d'origines non-pneumologiques soit un surpoids, un trouble anxieux, des dorsalgies sur trouble statico-dégénératif, une hypercholestérolémie non traitée et une intolérance glycémique. Le Dr V._____ a retenu que le bilan fonctionnel pneumologique et les symptômes respiratoires justifiaient une incapacité de travail de 50 % et qu'au vu du risque accru de décompensation respiratoire dans un contexte infectieux, elle avait un risque accru d'absentéisme. Dans la mesure où

elle exerçait déjà une activité professionnelle qui ne nécessitait pas d'activité physique, le spécialiste ne voyait pas la possibilité de réadaptation professionnelle. Ces considérations étaient valables depuis l'automne 2015. S'agissant plus particulièrement des activités encore exigibles, le Dr V._____ a spécifié que seule une activité uniquement en position assise était encore exigible à temps partiel (60-80 %), étant précisé en particulier qu'il ne fallait aucune activité physique et que l'activité devait se dérouler à l'intérieur, à une place de travail calme et sans changement de température.

Le 30 mai 2016, l'OAI a reçu le dossier de l'assurance perte de gain d'U. _____ Sàrl. Il en ressortait notamment que l'assurée avait reçu des prestations à 100 % du 2 mai au 4 juin 2014, à 50 % du 5 juin 2014 au 30 septembre 2015 et à 75 % du 1^{er} octobre 2015 au 31 mars 2016. Le décompte de prestations le plus récent, daté du 21 mars 2016, était qualifié de « décompte final ».

Les 13, 17 et 28 juin 2016, l'OAI a reçu en particulier les récapitulatifs des déclarations d'impôt 2012 à 2015 de l'assurée, sa déclaration d'impôt 2010 et ses décisions de taxation de l'impôt sur le revenu et la fortune et l'impôt fédéral direct pour les années 2010 à 2014, ainsi que les bilans et comptes de pertes et profits 2011 à 2014 de R. _____ SA.

Par communication du 3 octobre 2016, l'OAI a informé l'assurée que des mesures d'intervention précoce n'étaient pas indiquées et qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible, différentes informations devant être récoltées afin d'examiner son droit à ces mesures.

Dans un avis médical SMR du 25 octobre 2016, le Dr H. _____, médecin au SMR, a retenu qu'il n'avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation du Dr F. _____ qui attestait une incapacité de travail de 100 % dès le 2 avril 2014, de 50 % dès le 5 juin 2014 et de 75 % dès le 1^{er} octobre 2015, dans la mesure où son appréciation tenait compte des comorbidités chroniques affectant l'assurée. L'activité de référence était adaptée.

Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 5 avril 2017. Dans un rapport daté du 11 avril 2017, l'enquêtrice a retenu un statut d'active à 100 %. Dans un rapport d'enquête économique pour les indépendants du même jour, elle a noté que l'assurée avait déposé une nouvelle demande de prestations le 31 mars 2016 et que le droit serait vraisemblablement ouvert depuis septembre 2016, soit six mois après le dépôt de la demande. Lors de

l'entretien, l'assurée avait toutefois demandé que l'OAI tienne compte de sa première demande, afin qu'elle puisse au moins toucher des prestations d'avril à septembre 2016. L'enquêtrice a par ailleurs estimé que les comptes de R. _____ SA, qui se soldaient par une perte pour les années 2011, 2012 et 2014 et par un bénéfice d'environ 2'000 fr. en 2013, n'étaient pas exploitables pour déterminer le préjudice économique. Depuis l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à 25 %. Le taux d'invalidité pouvait donc se calquer sur le taux d'incapacité médicale.

Par projet de décision du 19 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une rente d'invalidité entière à partir du 1^{er} septembre 2016, pour les motifs suivants :

"Notre projet de décision est le suivant :

A partir du 1^{er} septembre 2016, le droit à une rente entière (inv. 75 %).

Résultat de nos constatations :

Sur la base des éléments contenus au dossier, vous travaillez en qualité de comptable indépendante depuis 2007 et en tant qu'employée à un taux d'environ 30 % [sic] auprès de la société U. _____ Sàrl. Vous avez été également administrat[ric]e pour K. _____ SA.

Selon les observations lors de l'enquête ménagère effectuée à votre domicile, si vous étiez en bonne santé, vous exerceriez une activité lucrative à plein temps. Dès lors, il y a lieu de retenir un statut de 100 % active.

Pour des raisons de santé, vous présentez une incapacité de travail de 100 % depuis le 2 avril 2014 (début du délai d'attente d'un an), puis une incapacité de travail de 50 % dès le 5 juin 2014 et de 75 % à partir du 1^{er} octobre 2015.

Depuis votre atteinte à la santé, vous travaillez uniquement comme comptable indépendante sous le nom de votre société R. _____ SA à un taux d'environ 25 %.

Les renseignements médicaux en notre possession mettent en évidence que la capacité de travail est de 25 %, dès octobre 2015, dans l'activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (éviter tout effort physique, escaliers, marche en montée, port de charges, dyspnée au moindre effort, fatigabilité).

Une rente basée sur un degré d'invalidité de 50 % aurait pu être allouée dès avril 2015 (à l'échéance du délai de carence d'une

année), puis une rente sur un degré d'invalidité de 75 % depuis janvier 2016 (après trois mois).

Toutefois, comme vous avez déposé votre demande de prestations AI le 31 mars 2016, les prestations ne peuvent être versées qu'à partir du 1^{er} septembre 2016, soit après l'écoulement d'un délai de six mois après le dépôt de la demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI)."

Par décision du 22 juin 2017 dont la motivation était semblable au projet précité, annulant et remplaçant une décision du 20 juin 2017, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} au 30 septembre 2016.

C. Par acte du 31 juillet 2017, L._____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée de l'OAI, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité pour les mois d'avril à août 2016 (en sus de la rente déjà octroyée pour septembre 2016). En substance, elle a fait valoir qu'en 2016, alors qu'elle avait décidé de prendre une retraite anticipée dès octobre, à l'âge de [...] ans, elle avait réalisé que la période d'avril à septembre n'était pas couverte par l'assurance perte de gain et avait déposé une demande de compensation auprès de l'OAI pour cette durée. Malgré la remise de la comptabilité de R._____ SA, l'office avait refusé sa demande, sous prétexte que le délai d'attente pour une indemnisation était de six mois, sans tenir compte de la première demande de prestations qu'elle avait déposée en 2014 qui aurait dû être acceptée puisque ses certificats de salaire avaient été produits. L'intéressée a ajouté qu'elle n'avait eu qu'un revenu de 25 % d'avril à août 2016 et avait donc dû emprunter à des proches pour subvenir à ses besoins. En conclusion, la recourante a prié la Cour de céans de considérer que le délai d'attente de six mois relatif à la deuxième demande était réalisé, car une première demande avait été faite en 2014 et les éléments permettant de calculer le montant d'indemnisation avaient été produits.

Par réponse du 21 septembre 2017, l'intimé a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Il a en particulier relevé que la première demande de prestations AI de la recourante s'était soldée le 23 septembre 2015 par une décision de refus de mesures de réadaptation et de rente, entrée en force. Les griefs soulevés par l'intéressée à l'encontre de cette précédente décision n'étaient pas recevables, dans la mesure où seule la décision du 22 juin 2017 circonscrivait l'objet du litige. La demande à l'origine de cette dernière décision ayant été déposée le 31 mars 2016, une rente ne pouvait pas être versée avant le 1^{er} septembre 2016, soit six mois après, conformément au droit applicable.

Par courrier du 22 septembre 2017, la Cour de céans a remis à la recourante une copie de la réponse de l'intimé et lui a imparti un délai

échéant au 13 octobre 2017 pour, le cas échéant, fournir ses explications complémentaires et toutes pièces éventuelles, ainsi que présenter ses réquisitions.

La recourante n'a pas répliqué.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-invalidité, sous réserve de dérogations expresses prévues par la LAI (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 en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 let. a LAI) - sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA ; art. 69 al. 1 let. a LAI). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile compte tenu des fériés d'été (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent, et satisfait aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) 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). Le litige portant en l'espèce sur le droit à une rente d'invalidité pendant cinq mois (entre avril à août 2016), la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs. La présente cause relève dès lors de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

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. En effet, en procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1 et 8C_245/2010 du 9 février 2011 consid. 2).

b) En l'occurrence, le litige porte uniquement sur le point de savoir si le droit de la recourante à la rente d'invalidité ne pouvait naître au plus tôt que six mois après le dépôt de sa deuxième demande de prestations AI, soit à compter du 1^{er} septembre 2016, ou si au contraire, vu la première demande de prestations AI déposée le 15 juillet 2014, le droit à la rente aurait dû naître dès le 1^{er} avril 2016. Le litige ne porte en revanche pas sur le bien-fondé de la décision de refus de mesures de réadaptation et de rente du 22 septembre 2015, entrée en force faute de recours dans le délai légal. Les griefs de la recourante à l'égard de cette première décision sont dès lors irrecevables.

3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 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 se définit 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 (art. 6 LPGA).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, 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 (let. a), s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et si au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (let. c). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité. Ainsi, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Aux termes de l'art. 29 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 l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3).

Ces dispositions s'appliquent également en cas de nouvelle demande à la suite d'un refus de prestations. En d'autres termes, lors du dépôt d'une nouvelle demande à la suite d'un premier refus de prestations de l'assurance-invalidité, la naissance du droit à la rente reste subordonnée aux conditions prévues aux art. 28 et 29 LAI (ATF 140 V 2 consid. 5.3 ; TF 9C_302/2015 du 18 septembre 2015 consid. 5.2,

9C_110/2014 du 13 juin 2014 consid. 4.3 et 9C_901/2012 du 21 mai 2013 consid. 6).

4. a) En l'espèce, la recourante fait valoir que sa première demande de prestations AI du 15 juillet 2014 aurait dû être acceptée, dans la mesure où, contrairement à ce qu'a retenu l'OAI en septembre 2015, les éléments utiles à la détermination de son taux d'invalidité avaient été produits. Cette première demande de prestations datant de 2014, le délai de six mois prévu par l'art. 29 al. 1 LAI était atteint et elle avait droit à une rente d'invalidité dès avril 2016.

b) Préalablement, la Cour observe que la décision de refus de mesures de réadaptation et de rente du 22 septembre 2015, rejetant la première demande de prestations AI de l'intéressée faute d'obtention des pièces nécessaires à la détermination de son taux d'invalidité, est entrée en force en l'absence de recours dans le délai légal. Cette décision est définitive et ne peut être examinée à nouveau par la Cour de céans. Il convient dès lors de retenir que l'intéressée n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité suite à sa première demande de prestations AI du 15 juillet 2014.

c) La recourante ne percevait aucune prestation de l'assurance-invalidité au moment où elle a déposé sa deuxième demande de prestations AI le 31 mars 2016. Par conséquent, cette seconde demande de prestations ne devait pas être traitée comme une demande de révision de rente, mais bien comme une nouvelle demande faisant suite à une décision précédente de refus de rente. Selon une jurisprudence claire du Tribunal fédéral (consid. 3b supra in fine), il convenait dès lors de faire application de l'art. 29 al. 1 LAI. La nouvelle demande de prestations ayant été déposée par l'intéressée le 31 mars 2016, son droit à une rente d'invalidité ne pouvait naître que six mois plus tard, soit le 1^{er} septembre 2016 au plus tôt (art. 29 al. 1 et 3 LAI). La décision litigieuse doit donc être confirmée sur ce point.

d) Pour le reste, la recourante n'a contesté ni sa capacité résiduelle

de travail, ni le calcul du degré d'invalidité, ni la date d'extinction de son droit à la rente d'invalidité. Vérifiés d'office, ces éléments échappent eux aussi à toute critique.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être arrêtés à 200 fr. et être mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI ; art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Il n'y a au demeurant pas lieu d'allouer de dépens, la recourante, non représentée, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 22 juin 2017 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais de justice, arrêtés à 200 fr. (deux cents francs), sont mis à la charge de L._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- L._____,
- 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 :