

VD_FINDINFO AI 32/19 - 244/2020 vom 24. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_32_19_-_244_2020

FR: VD_FINDINFO AI 32/19 - 244/2020 du 24 juillet 2020

IT: VD_FINDINFO AI 32/19 - 244/2020 del 24 luglio 2020

Regeste

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CALCUL, RENTE
D'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 36 al. 2 LAI, 29bis LAVS, 29quater LAVS,
29ter LAVS, 30 al. 2 LAVS, 38 LAVS, 52b RAVS, 52c RAVS

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.07.2020 AI 32/19 - 244/2020

DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, CALCUL, RENTE
D'INVALIDITÉ | 28 al. 1 LAI, 28 al. 2 LAI, 36 al. 2 LAI, 29bis LAVS, 29quater LAVS,
29ter LAVS, 30 al. 2 LAVS, 38 LAVS, 52b RAVS, 52c RAVS

TRIBUNAL CANTONAL AI 32/19 - 244/2020 ZD19.003118 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 24 juillet 2020 _____ Composition : M. Piguët , président
Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges Greffier : M. Schild ***** Cause pendante
entre : M. _____ , à Berne, recourante, représentée par Me Didier Elsig, à Lausanne, et
Y. _____ , à Vevey, intimé. _____ Art. 28 LAI, art. 29bis, 29quater, 29ter,
30 al. 2 et 38 LAVS, art. 52b et 52c RAVS E n f a i t : A. M. _____ (ci-après : l'assurée
ou la recourante), née en 1981, a suivi une formation dans le domaine de la nutrition entre
2005 et 2007. Elle a ensuite travaillé à l'Institution [...] du 1 er juillet 2009 au 29 février
2012 en tant que veilleuse ainsi qu'à [...] du 1 er novembre 2011 au 31 octobre 2013 en
qualité de travailleuse sociale. Entre le 1 er décembre 2015 et le 29 février 2016, elle a été
engagée par la Fondation [...], comme intervenante sociale. Entre le 4 avril et le 12 mai
2016, l'assurée a été hospitalisée à la [...], clinique de psychiatrie et psychothérapie. Dans la
lettre de sortie rédigée le 17 mai 2016, le Dr D. _____, spécialiste en psychiatrie et en
psychothérapie et le Dr N. _____, médecin adjoint, ont retenu le diagnostic de trouble
dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. En tant que
comorbidités, ces médecins ont mentionné des troubles mentaux et du comportement liés à
l'utilisation de drogues multiples ainsi que des troubles liés à l'utilisation d'autres
substances psychoactives. Le 30 juin 2016, M. _____ a déposé une demande de
prestations de l'assurance-invalidité. Par rapport médical du 17 août 2016, le Dr
X. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin traitant de l'assurée, a
retenu le diagnostic - avec effet sur la capacité de travail - de trouble bipolaire type II,
épisode le plus récent dépressif sévère avec symptômes psychotiques et syndrome
somatique. L'utilisation de substances psychoactives nocives pour la santé était également
mentionnée, n'influant cependant pas sur la capacité de travail. Pour ce médecin, la capacité
de travail était nulle du 18 mai 2016 au 31 mai 2016, passant à 20% dès le 1 er juin 2016.
Cette capacité résiduelle concernait les postes en dehors du domaine social où l'assurée
avait travaillé plusieurs années. En date du 17 août 2017, le Service médical de

l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a interrogé le Dr X. _____ concernant l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Ce dernier s'est déterminé le 15 septembre 2017, confirmant le diagnostic de trouble bipolaire type II, épisode le plus récent dépressif sévère avec symptômes psychotiques et syndrome somatique, en rémission partielle. Tenant compte d'une évolution lentement favorable, les principales limitations fonctionnelles consistaient en des fluctuations de l'humeur en lien avec une sensibilité aux contacts interpersonnels, la difficulté d'identifier à temps ses limites personnelles, par exemple en termes d'émotions ou de stress, ou encore dans le cadre de relations interpersonnelles. Des difficultés dans l'affirmation face à autrui étaient également relevées. La capacité de travail dans une activité adaptée était ainsi de 20% jusqu'à la fin du mois de juin 2017, de 30% durant le mois de juillet et de 40% durant le mois d'août 2017. Le Dr X. _____ a précisé que la capacité de travail de l'assurée restait nulle dans une activité similaire à celle précédemment exercée. A l'occasion d'un nouveau rapport médical établi le 1^{er} mars 2018, le Dr X. _____ a modifié son diagnostic avec effet sur la capacité de travail en trouble bipolaire type I. La capacité de travail était de 50% d'octobre 2017 à janvier 2018, de 60% durant le mois de février 2018 et nulle en mars 2018 en raison d'une décompensation. En avril 2018, l'assurée allait retrouver une capacité de travail à hauteur de 50%. Interpellé une nouvelle fois par le SMR, le Dr X. _____ a, par rapport médical du 11 juillet 2018, exposé les éléments suivants : La décompensation mentionnée dans mon dernier rapport a vraisemblablement débuté durant les premiers jours de mars 2018. Vue en entretien le 7 mars, la patiente rapportait un besoin accru de parler, une perturbation, désorganisation et diminution de la durée totale du sommeil à environ quatre heures par vingt-quatre heures et une augmentation de la sociabilité ; elle présentait un maquillage mal appliqué, une importante labilité affective, une agitation motrice, une logorrhée avec accélération du débit verbal, une fuite des idées et une distractibilité. Cette décompensation survenait dans le contexte d'une déception au sujet d'un stage professionnel qu'elle avait voulu organiser, du départ d'une personne significative de sa colocation et d'une compliance au traitement médicamenteux devenue irrégulière (sans qu'il puisse être identifié si celle-ci a précédé ou suivi la décompensation). La patiente a également rapporté consommer d'importantes quantités d'alcool pendant quelques jours et avoir augmenté sa consommation de café. La décision d'arrêter le traitement par fluoxétine a alors été prise ; la patiente a repris le reste de sa médication de manière régulière et a arrêté toute consommation de substances psychoactives. Cette décompensation a pris fin environ une semaine plus tard et un épisode dépressif s'est progressivement installé depuis la mi-mai. Il s'agissait donc d'une décompensation maniaque, d'emblée partiellement contenue par la médication irrégulièrement prise et rapidement contrôlée grâce à l'adhésion de la patiente à la prise en charge proposée. Cette décompensation a confirmé le diagnostic d'un trouble bipolaire, diagnostic qui était jusque-là posé de manière provisoire et sur une base anamnestique, mais n'a que secondairement influencé l'évaluation de la capacité de travail de la patiente sur le long terme. Celle-ci se fonde sur une observation longitudinale de plus d'une année sous traitement adapté, qui a mis en évidence non seulement des épisodes dépressifs récurrents et la persistance de symptômes résiduels entre les épisodes (y compris des symptômes anxieux significatifs), mais surtout les importantes mesures compensatoires (notamment l'éloignement et changement régulier de cadre de vie) nécessaires pour que la patiente préserve un minimum d'équilibre, les difficultés à exécuter les activités de la vie quotidienne, les difficultés rencontrées dans les stages de travail organisés et l'incorporation opérée d'éléments symptomatiques du trouble bipolaire, non traité pendant au moins une

décennie, dans le caractère, constituant l'équivalent d'un trouble de la personnalité qui perturbe ses relations interpersonnelles et son rapport au monde. Tenant compte de l'ensemble de ces éléments, la capacité de travail de la patiente à long terme est aujourd'hui à considérer comme étant nulle, et ceci indépendamment de l'éventuelle recrudescence d'épisodes maniaques. Dans un avis SMR du 2 août 2018, le Dr W. _____, médecin praticien, a retenu une incapacité de travail à 100% tant dans l'activité habituelle de l'assurée que dans une activité adaptée. L'incapacité était motivée par les limitations fonctionnelles suivantes : fragilité émotionnelle, hypersensibilité au stress, perturbation des relations interpersonnelles ainsi qu'un risque de décompensation fréquent, se manifestant de manière homogène quelle que soit l'activité exercée. Par ailleurs, les conditions rencontrées par l'assurée lors de ses stages étaient plus proches du milieu protégé que de l'économie libre. Par projet de décision du 21 septembre 2018, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), a informé l'assurée de son intention de lui octroyer une pleine rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2017. Ce projet a été confirmé par décision du 11 décembre 2018. B. a) Par acte du 21 janvier 2019, M. _____ a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la reconsidération des bases de calcul de la rente allouée. b) Dans sa réponse du 3 avril 2019, l'office AI s'est référé au courrier de la Caisse AVS [...] (ci-après : la Caisse AVS) du 29 mars 2019, dans lequel celle-ci explicitait son calcul. c) Répliquant en date du 5 juin 2019, M. _____ a soutenu avoir subi des périodes d'invalidité bien avant le mois d'avril 2016. d) Le 12 septembre 2019, l'assurée a produit de nouvelles pièces, dont un rapport médical du 15 août 2019 établi par la Dre T. _____, spécialiste en psychiatrie. Ce médecin a résumé la prise en charge dont a bénéficié l'assurée comme suit : Nous convenons d'une psychothérapie bihebdomadaire ciblant les symptômes anxieux et dépressifs. La psychothérapie se déroule du 04.03.2008 au 02.03.2011, avec une interruption de six mois du 10.03.2010 au 24.09.2010. Mme M. _____, alors âgée de 27 ans, bénéficie favorablement du cadre psychothérapeutique et se dit soulagée par le cadre mis en place. Elle semble bien investie dans le travail psychothérapeutique, les thèmes principaux sont les relations familiales et ses études. La première année s'accompagne d'une amélioration symptomatique ne rendant pas nécessaire l'introduction d'un antidépresseur. La sévérité initiale de son état altère sa capacité de travail. Les symptômes anxieux caractéristiques de la phobie sociale s'amendent, lui permettant de reprendre progressivement ses études et de participer aux examens. La patiente identifie mieux les facteurs déstabilisants. En raison du risque de dépendance des benzodiazépines et des antécédents de consommation abusive d'alcool, le traitement de Xanax prescrit antérieurement est progressivement arrêté. Nous travaillons sur les enjeux relationnels qui péjorent son manque de confiance en soi. Elle mobilise ses ressources pour devenir plus autonome. Elle organise son déménagement en dehors de l'immeuble de ses parents. Elle parvient à discuter avec sa directrice de mémoire un échelonnement des travaux à rendre, une trop grande pression sur les échéances entraînant habituellement chez elle une démotivation. Elle rend une première version de son mémoire. Elle débute un stage à la Soupe populaire stage nécessaire dans la poursuite de ses études. La deuxième année, Mme M. _____ bien qu'ambivalente reste investie dans le travail psychothérapeutique. Les questions de la filiation et de la maternité sont très présentes et parfois douloureuses en lien avec une interruption de grossesse alors qu'elle avait seize ans. Alors qu'elle envisageait de pouvoir rapidement terminer son mémoire, elle ne parvient pas à suivre le rythme des échéances des travaux à rendre malgré les demandes de prolongation. Nous reprenons le

suivi après six mois d'interruption en raison de l'absence du thérapeute. Mme M. _____ effectue des veilles dans différents établissements sociaux. Elle n'a pas terminé ses études. Elle obtient un emploi dans un lieu d'hébergement d'urgence. Elle indique que sa mère a dû être hospitalisée pour un épisode dépressif avec symptômes psychotiques pendant son absence et est surprise d'avoir pu gérer la situation et être un soutien pour cette dernière. Elle espace progressivement les séances. Nous convenons d'une fin de prise en charge. Elle estime à l'issue de ce travail psychothérapeutique avoir une meilleure image d'elle-même et une meilleure capacité à réagir aux événements extérieurs. L'état thymique de la patiente s'est amélioré même si ce dernier reste fragile. La patiente reprend contact pour deux entretiens deux années plus tard, en octobre 2013. L'état clinique de la patiente nécessite alors la mise à l'arrêt de travail (100%), la patiente ne poursuit pas le suivi. e) Par duplique du 7 novembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Après consultation du SMR (avis médical du 21 octobre 2019 établi par le Dr W. _____), l'office AI a retenu que les éléments amenés par l'assurée n'étaient pas de nature à remettre en cause son appréciation. f) Le 6 février 2020, par l'intermédiaire de son conseil nouvellement constitué, Me Didier Elsig, l'assurée a confirmé ses conclusions. Compte tenu de son parcours personnel, scolaire, professionnel et médical, elle soutenait avoir bien vécu plusieurs périodes d'incapacité antérieurement à 2016. **E n d r o i t :**

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur le moment de la naissance de ce droit et sur le calcul de la rente. 3. a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA ; art. 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. b) L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et si au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI). c) Un taux d'invalidité de 40% au moins donne droit à un quart de rente, un taux

d'invalidité de 50% au moins donne droit à une demie rente, un taux d'invalidité de 60% au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70% au moins donne droit à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, 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 mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. 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 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). 5. a) En l'espèce, l'office intimé a retenu que la recourante présentait une incapacité totale de travailler depuis le mois d'avril 2016, période correspondant à son hospitalisation à la [...] dans un contexte de perte d'emploi et de difficultés financières importantes, ce qui justifiait l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2017. b) Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'existe au dossier aucun élément qui justifierait de retenir l'existence d'une incapacité de travail pour la période immédiatement antérieure au mois d'avril 2016. Certes est-il fait mention d'une période d'incapacité totale de travailler du mois de septembre 2013 au mois de mars 2014. Cette période d'incapacité ne joue toutefois aucun rôle pour l'examen du droit aux prestations de la recourante. Dans la mesure où le droit à la rente présuppose que la personne assurée a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 LAI, art. 29ter RAI [règlement sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]), il n'y a en principe aucune raison, du point de vue de l'assurance-invalidité, d'examiner l'évolution de la capacité de travail au-delà d'une période de six mois précédant le dépôt de la demande (TF 9C_758/2017 du 5 mars 2018, consid. 5.2, TF 9C_928/2013 du 20 février 2014 consid. 4.1 et les références). Or il ressort des pièces versées au dossier que la recourante a travaillé à temps partiel du 1^{er} décembre 2015 au 29 février 2016 pour le compte de la Fondation [...] en tant qu'intervenante sociale et qu'elle ne faisait pas l'objet d'un suivi médical spécialisé au cours de cette période, ni par la Dre T._____, ni par le Dr X._____. En l'absence de renseignements médicaux attestant d'une incapacité de travail – même partielle – pour la période antérieure à

l'hospitalisation de la recourante, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation opérée par l'office intimé. c) Les circonstances de la cause ne justifient pas la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, dès lors qu'il n'est pas contesté que la recourante présente actuellement une incapacité totale de travailler et qu'un tel moyen de preuve ne permettrait pas de retracer précisément l'évolution passée de l'état de santé psychique de la recourante (appréciation anticipée des preuves ; ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). 6. La recourante conteste ensuite le montant de la rente d'invalidité. Elle souligne que, sans invalidité, son revenu aurait été supérieur. a) Conformément à l'art. 36 al. 2 LAI, les dispositions de la LAVS (loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.10) – en particulier les art. 29 bis ss – sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires de l'assurance-invalidité. b) En vertu de l'art. 29 bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1^{er} janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. La durée de cotisation est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29 ter al. 1 LAVS). Sont considérées comme années de cotisations, les périodes pendant lesquelles une personne a payé des cotisations (art. 29 ter al. 2 let. a LAVS). Une année de cotisations est entière lorsqu'une personne a été assurée au sens des art. 1a ou 2 LAVS pendant plus de onze mois au total et que, pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale (art. 50 RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). c) Le Conseil fédéral édicte des prescriptions sur le calcul des rentes. Il peut arrondir le revenu déterminant et les rentes à un montant supérieur ou inférieur. Il peut régler la prise en compte des fractions d'années de cotisations et des revenus d'une activité lucrative y afférents et prévoir que la période de cotisation durant laquelle l'assuré a touché une rente d'invalidité et les revenus obtenus durant cette période ne seront pas pris en compte (art. 30 bis LAVS). d) En vertu de la délégation de compétence de l'art. 29 bis al. 2 LAVS, le Conseil fédéral a prévu la prise en compte des périodes de cotisations accomplies avant le 1^{er} janvier suivant les 20 ans révolus et celles accomplies entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente, afin de combler les lacunes de cotisations (art. 52b et 52c RAVS [règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants ; RS 831.101]). e) aa) Il convient, en premier lieu, de déterminer la durée de cotisations dont peut se prévaloir M. _____ à la survenance du cas d'assurance en avril 2017. En l'occurrence, la période de cotisation déterminante s'étend du 1^{er} janvier 2002 au 31 décembre 2016, durant laquelle la recourante présente des années complètes de cotisations de 2002 à 2004, puis de 2008 à 2016. Comme le relève la Caisse AVS, la recourante a cotisé pendant l'année de ses vingt ans, en 2001, ces mois de cotisations ayant été pris en compte afin de combler la lacune intervenue en 2005 alors que l'intéressée suivait ses études en nutrition diététique, possibilité prévue à l'art. 52b RAVS. Concernant l'année 2007, il ressort du compte individuel AVS (art. 30 ter al. 1 LAVS) que l'intéressée n'a cotisé que trois mois. La caisse a dès lors à juste titre partiellement comblé la lacune relative à l'année 2007 au moyen des quatre mois de cotisations acquittés dans l'année de naissance du droit à la rente (janvier à avril 2017), correspondant à la fin du délai d'attente d'une année (art. 28 LAI), conformément à l'art. 52c RAVS. C'est donc à raison que la Caisse AVS a retenu une durée de cotisations de 13 ans et 7 mois. bb) L'échelle de rente

applicable est déterminée par le rapport existant entre le nombre d'années de cotisations de la personne assurée et celui de sa classe d'âge. Selon les Tables des rentes 2015 (valables du 1^{er} janvier 2015 au 31 décembre 2018) établies par l'Office fédéral des assurances sociales (ci-après : l'OFAS), la durée de cotisations est de 15 ans pour les personnes nées en 1981, lorsque le cas d'assurance est survenu en 2017 (p. 8). Selon l'indicateur d'échelles, pour un assuré présentant le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge, l'échelle de rente 44 est applicable. Comme la recourante ne compte que treize années entières de cotisations, elle n'a droit qu'à une fraction de la rente complète (art. 38 al. 1 LAVS). Lors du calcul de cette fraction, il convient de tenir compte du rapport existant entre les années entières de cotisations de l'assuré (13 ans) et celles de sa classe d'âge (15 ans), soit un rapport de 88,64% (art. 52 RAVS), de sorte qu'il y a lieu d'appliquer l'échelle de rente 39. cc) Outre les années d'assurance, la rente est calculée, conformément aux art. 29 quater et 30 al. 2 LAVS, sur la base du revenu annuel moyen, lequel se compose des revenus de l'activité lucrative et, le cas échéant, des bonifications pour tâches éducatives et pour tâches d'assistance, et s'obtient en divisant ensuite la somme des revenus revalorisés (cf. art. 33 ter LAVS) et les bonifications par le nombre d'années de cotisations effectuées par l'assuré (cf. TAF C-5178/2015 du 4 mai 2017 consid. 9). S'agissant des revenus de l'activité lucrative, sont pris en considération les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées. Les cotisations des personnes sans activité lucrative sont comptées comme revenu d'une activité lucrative (art. 29 quinquies al. 1 et 2 LAVS). Le revenu annuel moyen s'obtient en divisant la somme des revenus revalorisés provenant d'une activité lucrative par le nombre d'années de cotisations (art. 30 al. 2 LAVS). En l'espèce, le revenu annuel total de la recourante se compose de la façon suivante : 5'181 fr. en 2001 (revenu rapporté à l'année 2005), 23'310 fr. en 2002, 22'593 fr. en 2003, 4'962 fr. en 2004, 751 fr. en 2007, 5'157 fr. en 2008, 11'557 fr. en 2009, 33'650 fr. en 2010, 44'085 fr. en 2011, 34'474 fr. en 2012, 14'899 fr. en 2013, 4'667 fr. en 2014, 4'667 fr. en 2015 et 8'618 fr. en 2016 (cf. page 3 du calcul de la rente produit en annexe de la réponse du 29 mars 2019), soit un total de 218'571 francs. Vu l'année de la première inscription au compte individuel de l'AVS de la recourante (2001), le revenu annuel total ne saurait bénéficier d'une revalorisation (art. 30 al. 1 LAVS ; cf. Tables des rentes 2015, p. 15). Il convient dès lors d'arrêter le revenu annuel total déterminant à 218'571 fr. et le diviser par la durée de cotisations déterminante pour le calcul de la rente dans le cas présent, à savoir 13 ans et 3 mois ($218'571 / 13 \frac{1}{4}$, art. 30 al. 2 LAVS), soit un revenu annuel moyen de 16'496 francs. On peut préciser à cet égard que les mois entre le 31 décembre précédant la réalisation du risque assuré et la naissance du droit à la rente pris en compte pour déterminer l'échelle de la rente en cas de lacunes de cotisations ne doivent pas l'être pour la détermination du revenu annuel moyen (cf. art. 51 al. 2 RAVS a contrario). dd) Selon l'échelle de rente 39, le montant de la rente à laquelle la recourante peut prétendre dès le 1^{er} avril 2017 s'élève, compte tenu d'un revenu annuel moyen déterminant de 16'496 fr., à 1'095 fr. (cf. Tables des rentes 2015, p. 28). ee) Sur le vu de ce qui précède, le calcul opéré par la Caisse ne peut qu'être confirmé. 7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision querellée confirmée. 8. a) 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 ; en principe, la partie dont les conclusions sont rejetées supporte les frais de procédure (art. 69 al. 1 bis LAI et 49 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). En l'occurrence, au vu de la nature et de la complexité du litige, les frais

judiciaires, mis à la charge de la recourante, sont arrêtés à 400 francs. b) Il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGa a contrario ; art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 11 décembre 2018 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 M._____. IV. Il n'est pas alloué de dépens. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Elsig, pour la recourante, ■ l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - l'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). Le greffier :

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