

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 564 vom 24. Juli 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-07-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2019\\_\\_564](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__564)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 564 du 24 juillet 2019

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2019 / 564 del 24 luglio 2019

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 24.07.2019 Arrêt / 2019 / 564

RENTE D'INVALIDITÉ, MÉTHODE MIXTE D'ÉVALUATION | 28 LAI, 28a LAI, 4 LAI, 16 LPGA, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

TRIBUNAL CANTONAL AI 245/16 - 222/2019 ZD16.041049 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 24 juillet 2019 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Röthenbacher ,

présidente MM. Küng et Perreten, assesseurs Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\* Cause pendante entre : R. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Procap, Service juridique, à Bienne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé. \_\_\_\_\_ Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4, 28 et 28a LAI. E n f a i t

: A. R. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1962, mariée et mère de quatre enfants nés entre 1981 et 1987, a déposé le 17 août 2005 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, invoquant une maladie de Parkinson découverte en 2004. Dans le cadre du formulaire idoine, l'intéressée a précisé qu'ayant interrompu une formation commerciale, elle s'occupait du ménage familial depuis 1981 et avait en outre exercé une activité de surveillante de devoirs scolaires pour la commune d' [...] de 2003 à 2005. Elle a indiqué par la suite que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé de 60 à 80 % en tant qu'aide-infirmière ou aide dans un bureau depuis 2004, par nécessité financière (cf. formulaire 531 bis du 21 septembre 2005). Procédant à l'instruction de cette demande, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a interpellé le Dr J. \_\_\_\_\_, neurologue. Dans son rapport du 31 octobre 2005, ce dernier a posé le diagnostic incapacitant de maladie de Parkinson depuis 2003/2004, sans incapacité de travail et avec une capacité à effectuer les travaux ménagers normale pour autant que la patiente aille à son rythme. L'OAI a par ailleurs interpellé la Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante. Par compte-rendu du 7 janvier 2006, cette dernière a signalé une atteinte incapacitante consistant en un parkinsonisme de forme modérée depuis cinq ans, évoquant par ailleurs divers troubles sans influence sur la capacité de travail dont un syndrome dépressif. L'activité exercée jusqu'alors (travaux de ménage légers) était considérée comme exigible, nonobstant une lenteur diminuant le rendement. Aux termes d'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 25 avril 2006, le statut de l'assurée a été évalué à 50 % active et 50 % ménagère avant le [recte : jusqu'au] mois d'août 2005, puis à 80 % active et 20 % ménagère dès le mois de septembre 2005 – le couple n'ayant plus de ressources depuis lors. Quant aux empêchements ménagers, ils atteignaient 9,5 %.

A teneur d'un rapport d'examen du 14 juillet 2006, le Dr H. \_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a conclu à l'absence d'atteinte à la santé invalidante. Aux termes d'un projet de décision du 23 août 2006, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations d'assurance, faute d'atteinte à la santé invalidante. Dans le cadre des objections formulées par l'intéressée à l'encontre de ce projet, a notamment été produit un rapport du 28 juillet 2006 des Drs Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_, respectivement professeur associé et chef de clinique adjoint auprès du Service de neurologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_), relevant en particulier qu'un test de réponse pharmacologique positif parlait fortement en faveur d'une maladie de Parkinson. Par décision du 1<sup>er</sup> février 2007, l'OAI a confirmé son projet précité. L'assurée ayant déféré l'affaire devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud, dite juridiction a statué par jugement du 11 décembre 2007 admettant le recours et annulant la décision attaquée, avec renvoi à l'office intimé pour complément d'instruction sous l'angle psychiatrique (TASS AI 72/07 – 296/2007). B. Reprenant l'instruction de l'affaire, l'OAI a interpellé la Dresse O. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante depuis le 18 février 2008. Par rapport du 23 avril 2008, cette dernière a retenu les atteintes se répercutant sur la capacité de travail de dysthymie (F34.1) depuis la fin de l'adolescence, de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen (F33.1) depuis 2004 et de maladie de Parkinson depuis 2004. Elle a estimé que le pronostic quant à l'amélioration de l'état psychique était mauvais et que l'incapacité de travail, évaluée à 50 %, risquait de perdurer. En date du 23 juin 2008, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique psychiatrique effectué par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du SMR. Dans son rapport du 9 juillet 2008, le Dr N. \_\_\_\_\_ a retenu pour seul diagnostic une dysthymie (F34.1) sans impact sur la capacité de travail, l'exigibilité étant entière dans l'activité habituelle comme dans toute activité adaptée. Le 23 juillet 2008, l'OAI a rendu un projet de décision refusant à l'assurée le droit à des prestations d'assurance en l'absence d'atteinte à la santé invalidante. L'intéressée a contesté ce projet le 12 septembre 2008, se prévalant en particulier d'un compte-rendu du 9 septembre 2008 aux termes duquel la Dresse B. \_\_\_\_\_ expliquait avoir soigné la patiente pour des troubles anxiodépressifs durant environ dix ans, jusqu'à la prise en charge auprès de la Dresse O. \_\_\_\_\_ début 2008 en raison d'un risque suicidaire « menaçant ». Le 27 septembre 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_, neurologue, a fait parvenir divers rapports à l'OAI, diagnostiquant en résumé une probable maladie de Parkinson, des dysesthésies des extrémités d'origine indéterminées et un état dépressif (cf. rapports des 14 septembre 2007 et 26 février 2008). Dans un rapport du 2 décembre 2008, le Dr D. \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de maladie de Parkinson et renvoyé à différents rapports produits en annexe dont il résultait, en particulier, que le syndrome en question était relativement modéré et attribuable sans doute à une maladie de Parkinson juvénile, et que la capacité de travail comme la capacité d'exécuter des activités ménagères étaient limitées à 50 %. Le 12 février 2009, l'OAI a rendu une décision confirmant son projet du 23 juillet 2008. L'assurée ayant porté l'affaire devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, dite juridiction a admis le recours de l'intéressée par arrêt du 9 juin 2010 et annulé la décision de l'office intimé, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction sur les plans neurologique et psychiatrique (CASSO AI 136/09 – 226/2010). C. Interpellé par l'OAI, le Dr D. \_\_\_\_\_, par rapport du 6 octobre 2010, a fait état d'une lente détérioration. Il s'est pour le surplus référé à des comptes-rendus joints en annexe, dans lesquels il mentionnait notamment une maladie de Parkinson juvénile tout d'abord acceptablement compensée (cf. rapport du 11 septembre 2009) puis en lente détérioration

avec un ralentissement de tous les gestes et de la marche (cf. rapport du 14 septembre 2010). Dans un rapport du 20 octobre 2010, la Dresse O. \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précédemment retenus et signalé que l'incapacité de travail estimée à 50 % se poursuivait. Aux termes d'un rapport du 31 janvier 2011, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a en particulier exposé qu'au cours des deux dernières années, la patiente avait présenté une gêne liée à la fatigue et au ralentissement de tous les gestes ainsi que de la marche, étant précisé qu'elle trébuchait facilement et avait chuté à plusieurs reprises et lâché divers objets ; en outre, son sommeil était écourté par des raideurs musculaires douloureuses et des angoisses. La Dresse B. \_\_\_\_\_ a ajouté que l'assurée avait dû abandonner son activité de surveillance des devoirs à la fin de l'année scolaire 2007/2008 et que l'incapacité de travail était totale depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2008, pour une durée indéterminée. L'OAI a mandaté le Centre [...] (ci-après : le V. \_\_\_\_\_) de [...] aux fins de réaliser une expertise bidisciplinaire sur la personne de l'assurée. Dans ce contexte, l'intéressée a été examinée le 20 avril 2011 par le S. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et le 17 mai 2011 par le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans leur rapport du 14 septembre 2011, les experts ont retenu les atteintes avec répercussion sur la capacité de travail de troubles neurologiques depuis 2004 n'évoquant que partiellement un syndrome extrapyramidal parkinsonien, de troubles du sommeil depuis 2004 liés apparemment à un syndrome des mouvements périodiques des membres inférieurs entraînant une fatigue diurne, de faiblesse/lâchages/douleurs des quatre extrémités depuis 2004 sans explication neurologique claire, de troubles de la personnalité dépendante depuis la jeunesse, ainsi que de trouble dépressif récurrent existant depuis 2004, épisode actuel moyen avec un syndrome somatique depuis 2011. Quant à la capacité de travail, les experts l'ont évaluée à 100 % avec une diminution de rendement de 30 % sur le plan neurologique, respectivement à 50 % sans diminution de rendement sur le plan psychiatrique. Sur le plan neurologique, l'expert S. \_\_\_\_\_ a plus particulièrement souligné ce qui suit : " [...] bien que plusieurs neurologues aient conclu à une maladie de Parkinson, le présent expert neurologue émet des doutes importants quant à ce diagnostic étant frappé par un faisceau de troubles atypiques pouvant suggérer que la symptomatologie entre dans le cadre des troubles psychiques, du moins en partie au moins. A ce propos, on relèvera les éléments suivants : 1) La démarche n'est pas typique d'une maladie de Parkinson ; 2) le diagnostic de Parkinson n'explique pas les phénomènes de faiblesse/lâchages même si on observe classiquement une raideur dans la maladie de Parkinson ; 3) si l'on observe effectivement un tremblement un peu atypique et un certain ralentissement des mouvements rapides pouvant s'expliquer d'autre façon que par une maladie de Parkinson, il n'y a pas actuellement les éléments cardinaux du diagnostic. On relèvera toutefois que le présent examen a été effectué alors que l'assurée est sous traitement, ce qui peut bien entendu avoir masqué une partie du tableau. Sur la base des éléments susmentionnés, nous restons donc dubitatif quant au diagnostic de maladie de Parkinson et se pose la question d'un rôle de l'état thymique dans les difficultés motrices. " Par avis médical SMR du 20 septembre 2011 fondé sur l'expertise précitée, le Dr H. \_\_\_\_\_ a reconnu à l'assurée une capacité de travail de 50 % avec une baisse de rendement de 30 % depuis 2004, dans toute activité du monde de l'économie. Par avis complémentaire du 18 octobre 2011, le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé que les experts concluaient strictement à une exigibilité de 50 % sans baisse de rendement et que l'on pouvait retenir une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée depuis 2004. Aux termes d'un rapport du 20 mars 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_ a maintenu le diagnostic de maladie de Parkinson juvénile. Par avis médical SMR du 24 avril 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ a précisé

que, selon le rapport d'expertise du V. \_\_\_\_\_, la diminution de rendement de 30 % ne s'exprimerait qu'en cas d'activité à temps plein. Une mesure d'entraînement à l'endurance a été prise en charge par l'OAI à compter du 25 juin 2012 avant d'être interrompue après deux jours, l'assurée ayant été mise à l'arrêt de travail complet dès le 24 juin 2008 (sic) selon un certificat médical de la Dresse B. \_\_\_\_\_ du 29 juin 2012. Dans un rapport du 20 septembre 2012, le Dr D. \_\_\_\_\_ a signalé les diagnostics de maladie de Parkinson juvénile avec syndrome akinéto-rigide en progression (indubitable mais modérée), ainsi que de tendinite achilléenne bilatérale. Par avis médical SMR du 19 octobre 2012, le Dr H. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait pas d'aggravation susceptible de modifier les conclusions de l'expertise du 14 septembre 2011. D'un rapport d'enquête économique sur le ménage du 23 novembre 2012, il est ressorti que l'assurée estimait qu'elle travaillerait à 80 % en bonne santé ; aussi un statut de 80 % active et 20 % ménagère était-il retenu. Quant aux empêchements ménagers, ils étaient évalués 21,75 %. Au terme du rapport, les conclusions suivantes étaient émises : " La présente enquête fait suite au deuxième recours de l'assurée. Les empêchements ménagers sont plus élevés car l'assurée fait appel à une femme de ménage pour les gros travaux ne pouvant pas compter sur son mari qui est atteint dans sa santé. Le statut de 80 % nous paraît plausible étant donné la nécessité financière : le couple est au RI et le mari ne travaille plus depuis 2004. De plus, il y a maintenant des dettes à hauteur de Sfr. 15'000.- " En date du 29 novembre 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dans le sens de l'octroi d'un quart de rente d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2006. L'assurée, sous la plume de son conseil, a fait part de ses objections le 18 janvier 2013, invoquant en particulier des examens médicaux prévus au Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ et une erreur de calcul au niveau de ses empêchements ménagers. L'OAI a conséquemment fait procéder à un complément d'enquête économique sur le ménage. Du rapport y relatif du 28 janvier 2013, il est ressorti que les empêchements ménagers atteignaient 30 %. A teneur d'un rapport du 30 mai 2013, les Drs X. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_, médecin assistante au Service de neurologie du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_, ont exposé qu'un DaTscan du 16 avril précédent s'était avéré normal et que le diagnostic d'une maladie de Parkinson pouvait raisonnablement être écarté. En revanche, un bilan neuropsychologique avait mis en évidence des troubles de la mémoire antérograde verbale, touchant le processus d'encodage et de récupération, une faiblesse au niveau de l'agilité verbale et une dysfonction exécutive modérée à sévère, se manifestant au niveau des processus d'inhibition, de planification et d'initiation ; il était toutefois envisageable que les anomalies à l'examen neuropsychologique aient, tout comme les symptômes parkinsoniens, une origine fonctionnelle. Les médecins ont par ailleurs évoqué une entorse à la cheville gauche suite à une chute. Par rapport du 13 janvier 2014, la Dresse Z. \_\_\_\_\_, nouvelle psychiatre traitante, a retenu les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F 33.1), et d'anxiété généralisée (F41.1). Elle a précisé que l'évolution depuis le début du suivi en juin 2012 était peu favorable malgré des changements de médication, étant souligné que la patiente avait été fortement ébranlée par les résultats d'examens montrant qu'elle n'était probablement pas atteinte de la maladie de Parkinson sans pour autant permettre de poser un diagnostic clair sur ses troubles. Pour la Dresse Z. \_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était totale avec des restrictions sous forme de tristesse, d'anxiété, troubles cognitifs touchant la mémoire et la capacité de concentration, ralentissement, augmentation de la fatigabilité, intolérance au stress et difficulté d'adaptation aux changements même mineurs. En janvier 2014, l'OAI s'est notamment vu transmettre un rapport du 30 juillet 2013 des Drs X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_, médecin

assistant au Service de neurologie du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_, retenant les diagnostics de syndrome akinétique et tremblement atypique de probable origine fonctionnelle, ainsi que de possible syndrome des jambes sans repos. Sur interpellation de l'OAI, les médecins de la Polyclinique orthopédique des Etablissements [...] (ci-après : Etablissements I. \_\_\_\_\_) ont indiqué, le 27 janvier 2014, que l'assurée avait consulté le 6 mai 2013, pour une entorse de la cheville gauche de stade II avec possible entorse du Lisfranc associée. Ils ont évoqué des restrictions physiques concernant la cheville, la marche étant difficile avec des douleurs. Ils ont également fait état d'une reprise d'activité, respectivement une amélioration de la capacité de travail, de 50 % dès le 15 février 2013 [sic]. Ils ont ultérieurement précisé que l'assurée n'avait plus consulté depuis le 26 février 2014. Dans un rapport du 12 mars 2014, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a notamment signalé que l'état de la patiente ne s'était pas amélioré par rapport aux problèmes de santé signalés le 31 janvier 2011. Par rapport du 22 juillet 2014, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a exposé que depuis le printemps 2014 environ, l'état de crise s'était atténué progressivement mais que l'état dépressif et l'anxiété généralisée persistaient. Pour cette praticienne, le pronostic était défavorable et la maladie chronique. Par avis médical du 22 octobre 2014, le Dr H. \_\_\_\_\_ et la Dresse Y. \_\_\_\_\_, du SMR, ont relevé que le Dr X. \_\_\_\_\_ avait écarté le diagnostic de maladie de Parkinson au profit de troubles fonctionnels, c'est-à-dire n'étant pas en relation avec une maladie somatique. Ils ont par ailleurs retenu que les médecins des Etablissements I. \_\_\_\_\_ reconnaissaient une capacité de travail de 50 % des suites de l'entorse à la cheville gauche, étant précisé que l'incapacité de travail aurait été complète de mai 2013 au 25 janvier 2014. Enfin, ils ont souligné que la Dresse Z. \_\_\_\_\_ décrivait un tableau clinique similaire à celui de 2011. Dès lors, ils ont estimé que la capacité de travail était actuellement de 50 %. Le 13 mai 2015, l'OAI a établi un « Calcul de l'invalidité moyenne » retenant une date d'ouverture du droit à la rente au 2 juillet 2006, compte tenu de 60 jours à 22,5 % d'invalidité et 305 jours à 43,49 % d'invalidité. Aux termes d'un projet de décision du 20 mai 2015 annulant et remplaçant celui du 29 novembre 2012, l'OAI a considéré que l'assurée présentait une incapacité de travail durable depuis le mois de janvier 2004 et qu'en janvier 2005, à l'issue du délai de carence légal d'une année, sa capacité de travail était de 50 % dans toute activité et les empêchements ménagers de 30 %. Se fondant sur les données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) pour déterminer les revenus sans et avec invalidité (ce dernier sous déduction d'un abattement de 15 % tenant compte des limitations neurologiques et psychiques), l'OAI a arrêté le taux d'invalidité pour un statut de 50 % active et 50 % ménagère à 22,5 %, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dès le mois de septembre 2005, l'intéressée était toutefois passée à un statut de 80 % active et 20 % ménagère, avec pour conséquence un taux d'invalidité de 43,49 % ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité dès le mois de juillet 2006. Retenant que l'assurée s'était ensuite trouvée en incapacité de travail totale du 6 mai 2013 au 15 février 2014 suite à une entorse du genou [sic], l'OAI en a inféré le droit à une rente entière sur la base d'un taux d'invalidité de 86 % du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mai 2014, avant la reprise du droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> juin 2014. L'assurée, par son conseil, a fait part de ses objections le 24 juin 2015. Elle s'est ralliée au volet somatique de l'expertise du V. \_\_\_\_\_ mais a en revanche fait valoir que le volet psychiatrique n'était plus d'actualité, son état de santé s'étant aggravé. Elle a par ailleurs contesté le calcul de sa perte de gain, arguant que le revenu sans invalidité devait être calculé sur la base de son activité de surveillante scolaire. D'une communication interne de l'OAI du 11 novembre 2015, il

est ressorti que l'activité de surveillance en dehors des heures de classe quelques heures par semaine ne permettait pas d'effectuer une projection salariale à un taux de 80 %. Par rapport du 9 février 2016, la Dresse Z.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics précédemment retenus et précisé que l'évolution n'était pas favorable, l'assurée de parvenant pas à récupérer depuis l'aggravation de son état de santé en juin 2013 – ni sur le plan du trouble dépressif, ni sur celui du trouble anxieux, et cela malgré la médication et une prise en charge très régulière en psychothérapie. Selon la Dresse Z.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était de 50 % depuis le début du suivi en juin 2012, puis de 100 % depuis fin mai 2013. Interpellé par l'OAI, le Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ a produit le 31 mars 2016 un rapport du 28 juillet 2014 établi par les Drs Q.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, médecin assistant au Service de neurologie de cet établissement. Il en résultait que la situation restait globalement stable, la variabilité du status évoquant un syndrome parkinsonien psychogène. Par avis médical SMR du 18 avril 2016, le Dr H.\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation, considérant qu'il n'y avait pas d'aggravation. Aux termes d'une communication du 6 juillet 2016, l'OAI a réfuté les objections de l'assurée, tant sur le plan médical qu'économique. Par décision du 15 août 2016, l'OAI a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2016, pour les motifs invoqués dans son projet de décision du 20 mai 2015. Par décisions ultérieurs des 19 et 22 septembre 2016, l'office a alloué à l'assurée un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 août 2013, une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2013 au 31 mai 2014, puis un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> juin 2014 au 31 août 2016. D. R.\_\_\_\_\_, par l'entremise de son conseil, a recouru le 19 septembre 2016 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision du 15 août 2016, concluant à son annulation s'agissant du quart de rente octroyé pour les périodes du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 août 2013 et à partir du 1<sup>er</sup> juin 2014 et au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a en outre requis le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. En substance, la recourante invoque une aggravation de ses problèmes de santé, se prévalant de l'appréciation de la Dresse Z.\_\_\_\_\_. Elle soutient en outre que son invalidité doit être évaluée sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus et non de la méthode mixte, dès lors que sa situation a évolué depuis les indications fournies en 2005 et 2012. En tout état de cause, la recourante estime qu'il y a lieu de tenir compte du changement de jurisprudence concernant l'application de la méthode mixte, à la suite d'un arrêt rendu le 2 février 2016 par la Cour européenne des droits de l'homme. Elle soutient enfin qu'il est douteux qu'elle puisse effectivement mettre en valeur son éventuelle capacité résiduelle de travail, compte tenu de ses limitations fonctionnelles. Par décision du 22 septembre 2016, la juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire limitée à l'exonération des frais de procédure, avec effet au 19 septembre 2016. Dans sa réponse du 18 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Aux termes de sa réplique du 9 décembre 2016, la recourante a confirmé ses précédents motifs et conclusions. En décembre 2016 ou février 2017, selon les versions, la recourante s'est séparée de son époux. E. Une expertise judiciaire a été mise en œuvre auprès de la Dresse T.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Après avoir notamment fait réaliser un examen psychologique par la psychologue L.\_\_\_\_\_, la Dresse T.\_\_\_\_\_ a fait part de ses conclusions dans un rapport du 31 décembre 2018, retenant les diagnostics de trouble mixte de la personnalité (F61.0), trouble dépressif récurrent (F33) et dysthymie (F34.1). Elle a par ailleurs considéré ce qui suit : " Discussion [...] L'expertisée présente [...] des traits de personnalité fortement marqués relevant des personnalités dites

dépendantes, anankastiques et masochiques. Des aspects dépendants, on relève son incapacité à prendre des décisions qui vont à l'encontre de ce qu'elle imagine que les autres attendent d'elle ; une soumission excessive à la volonté d'autrui ; ses difficultés à se faire entendre et respecter de la personne dont elle dépend ; ses craintes de l'abandon. Des aspects anankastiques, on relève ses doutes constants quant au bienfondé de ses décisions, sa préoccupation excessive par les détails, les règles, l'ordre, la propreté, l'organisation, un perfectionnement qui entrave l'achèvement des tâches, notamment ménagères, ou qui l'oblige à y donner suite immédiatement, sans pouvoir tenir compte de ses limitations physiques. Une scrupulosité extrême, une méticulosité et un souci excessif de la productivité aux dépens de son propre plaisir et de sa santé ; une attitude extrêmement conformiste, des aspects rigides et entêtés, des ruminations constantes sous forme d'impulsions importunes qui s'imposent à elle quand elle ne peut s'empêcher de repasser en revue toutes ses interactions avec autrui. Enfin des aspects masochiques, on peut mettre en évidence chez Mme R. \_\_\_\_\_ une culpabilité profonde en lien avec le sentiment de ne pas avoir été à la hauteur des attentes de sa mère, et par la suite des attentes plus globalement d'autrui ; une tendance à se rendre responsable de tous les maux et à se punir sans cesse, à adopter un rôle d'une victime tout en étant incapable de s'extraire de cette position, à avoir besoin d'être identifiée comme la malade, la faible ou l'incapable. La souffrance et la maladie semblent être devenues des formes d'identité, dont elle a besoin pour exister, et les tentatives d'aide pour l'amener à dépasser cette souffrance semblent vouées à l'échec, comme le démontre les années de psychothérapie qui se révèlent finalement relativement inefficaces. Elle s'inflige de devoir sacrifier son bonheur au profit des autres, tout en ayant besoin qu'on soit témoin de ses malheurs et de ses sacrifices. Ce trouble de la personnalité peut être qualifié de sévère aujourd'hui, tant il impacte sur la qualité de vie de l'expertisée, et entraîne des dysfonctionnements importants dans ses aptitudes sociales et professionnelles. De plus, l'absence d'amélioration de la symptomatologie malgré des années de psychothérapie et malgré un traitement médicamenteux bien conduit, atteste aussi de la gravité du trouble. Cette pathologie s'est développée durant son enfance et son adolescence pour se rigidifier au début de l'âge adulte. Si cette atteinte est présente depuis longtemps, elle s'est progressivement cristallisée au fil des années pour devenir de plus en plus invalidante. Compte tenu de la nature même des aspects dysfonctionnels de sa personnalité, Mme R. \_\_\_\_\_ a toujours essayé de cacher ses difficultés, afin de montrer d'elle une image la plus parfaite possible. Elle cachait ses souffrances, et ne parvenait pas à exprimer au plus juste son éprouvé d'une part pour ne pas être identifiée à sa mère, d'autre part parce que se départir de cette identité de malade l'aurait laissée devant un vide insupportable. Dans ce sens, son trouble de la personnalité a certainement été sous-évalué durant de nombreuses années. Il n'est effectivement évoqué qu'à partir de 2011, dans le cadre de l'expertise du V. \_\_\_\_\_. Cet aménagement dysfonctionnel de la personnalité s'est manifesté cliniquement par des périodes de dépressions récurrentes, selon l'expertisée présentes depuis la naissance de ses enfants dans les années huitante, et médicalement attestées depuis 1996 par la généraliste de l'intéressée, puis par ses différents psychiatres. Ces phases de dépression faisaient suite à des événements fortement déstabilisants comme le décès d'un proche, mais étaient temporaires et susceptibles d'amélioration. Par contre, entre les phases dépressives plus importantes, persistait une dépression chronique de l'humeur, un sentiment constant de fatigue et de dépression qui répond aux critères d'une dysthymie. Comme décrit dans la CIM-10, de manière générale, tout coûte à l'expertisée, rien ne lui est agréable, elle est anxieuse en

continu, rumine et se plaint, dort mal, n'a pas confiance en elle, même si elle reste capable d'assumer son quotidien pour ses enfants et son ménage. Comme relevé par la Dre Z.\_\_\_\_\_, Mme R.\_\_\_\_\_ présente une anxiété diffuse constante et envahissante mais qui, à mon sens, correspond d'avantage aux manifestations hautement dysfonctionnelles de sa personnalité, qu'à une entité diagnostique en tant que telle. La symptomatologie anxieuse et dépressive découle de son trouble de la personnalité, ce qui explique pourquoi elle est présente en continu et pourquoi elle ne répond pas au traitement médicamenteux. En effet, il n'y a pas d'amélioration clinique malgré de nombreuses adaptations médicamenteuses, signant l'inefficacité des antidépresseurs dans la situation de l'expertisée. Mme R.\_\_\_\_\_ a commencé à développer une symptomatologie neurologique à partir de 2002. Cette atteinte a d'abord été mise sur le compte d'une maladie de Parkinson, puis dès 2013 sur une pathologie fonctionnelle. Si, comme l'affirme son neurologue, cette étiologie n'est finalement pas clairement déterminée aujourd'hui, on ne peut exclure que la production de ses symptômes somatiques ait été l'expression de sa souffrance psychique. C'est comme s'il s'agissait d'exprimer par le corps une souffrance indicible autrement. Mme R.\_\_\_\_\_ fait d'ailleurs elle-même la corrélation entre l'intensité de ses troubles moteurs et son mal-être psychique. L'annonce en 2004 d'un diagnostic de pathologie somatique qui pouvait expliquer une partie de son mal-être a, paradoxalement, permis à Mme R.\_\_\_\_\_ de pouvoir d'une certaine façon aménager son psychisme défaillant autour de cette maladie, donner du sens à son éprouvé, préserver cette image impeccable qu'elle voulait absolument donner d'elle, s'éloigner de son identification à sa mère dépressive, et s'assurer du soutien médical présent et futur autour d'une pathologie neurologique potentiellement invalidante. C'est pourquoi, en juillet 2013, quand les médecins du Centre hospitalier K.\_\_\_\_\_ lui annoncent qu'elle n'a pas de maladie de Parkinson, l'organisation psychique de sa personnalité autour de cette maladie s'effondre. Comme l'évoque la Dre Z.\_\_\_\_\_, elle perd une part de son identité. Il en résulte un délabrement psychologique sous forme d'une rechute dépressive dont elle mettra une année pour s'extraire, et un réaménagement psychique encore plus dysfonctionnel de sa personnalité par après. Il y a une sorte de cassure psychique à ce moment, cristallisant le peu de souplesse adaptative qu'elle avait encore. Compte tenu de ce qui précède, j'estime que sur le plan psychiatrique, l'incapacité de travail de Mme R.\_\_\_\_\_ est en tout cas à hauteur du taux reconnu depuis 2011, et à 100% depuis juillet 2013, en lien avec son effondrement dépressif et l'extrême rigidification de son trouble de la personnalité qui en a découlé. En effet, depuis lors, les capacités adaptatives de l'expertisée dans tous les domaines de son existence sont encore plus fortement limitées et notamment sur le plan relationnel. Elle est constamment anxieuse et déprimée, avec une irritabilité à fleur de peau. Toute contrainte ou exigence d'un employeur potentiel, ou tout erreur de sa part, seraient vécues comme des effractions insupportables et à risque d'entraîner des manifestations somatiques invalidantes (neurologiques notamment), et un nouvel effondrement dépressif, incompatibles avec toute activité professionnelle. En conclusion, j'estime qu'en lien avec son grave trouble de la personnalité, Mme R.\_\_\_\_\_ a une capacité de gain qui est nulle et ceci quelle que soit l'activité professionnelle depuis juillet 2013. Le pronostic est défavorable, tant le trouble est profondément enraciné. Cette pathologie répond mal tant au traitement médicamenteux qu'à la psychothérapie, desquels on ne peut espérer, face à cette constellation de personnalité, qu'un soutien, mais pas de réel changement en profondeur. De plus, l'âge de l'expertisée est un facteur limitant les chances de reprises évolutives. Sa capacité à s'occuper de son ménage est fonction de ses douleurs qui elles-mêmes dépendent de son mal-être psychique.

Toutefois, à l'heure actuelle, l'expertisée semble avoir trouvé un aménagement qui lui permet de mener à bien la gestion de son intérieur. Au vu de ce qui précède, je suis en mesure de répondre à vos questions de la manière suivante : Questionnaire AI [...] 3. Quelles sont les modifications intervenues au niveau des activités habituelles (ménage, famille, vie sociale) et des loisirs depuis la survenue de l'atteinte à la santé ? Réponse : Progressivement, son trouble de la personnalité s'est rigidifié, entravant de façon de plus en plus marquée tous les domaines de sa vie, altérant son fonctionnement et ses performances sociales. Les aspects profondément dysfonctionnels de son trouble de la personnalité entravent sa vie sociale, familiale et l'empêchent de pouvoir profiter d'éventuels loisirs. [...] 6. Y a-t-il des facteurs (surcharge ou autres) qui font qu'il ne lui est pas possible d'exploiter les éventuelles ressources à disposition ? Réponse : Les facteurs limitant les ressources adaptatives sont avant tout intrinsèques à la pathologie de personnalité de l'expertisée. 7. Estimation du pourcentage de travail encore réalisable dans son activité habituelle ? Réponse : Incapacité de travail à 100% dans quelque activité que ce soit. 8. Y aurait-il des activités mieux adaptées et, le cas échéant, pouvez-vous donner des indications quant à la nature de celles-ci ? Réponse : Aucune activité lucrative n'est adaptée à l'expertisée. 9. Estimation du pourcentage de travail exigible dans une telle activité adaptée ? Réponse : 0% 10. Evolution de la capacité de travail depuis la survenue de l'atteinte à la santé ? Réponse : En tout cas pas supérieure à 50% jusqu'à juillet 2013 et à 0% depuis lors. Questionnaire de la Cour des assurances sociales ? A. Appréciation médicale [...] 6. Cohérence [...] Réponse : Le tableau clinique est cohérent compte tenu des diagnostics ; l'évolution correspond à celle habituellement observée chez les sujets atteints d'un grave trouble de la personnalité. Les plaintes concordent avec le comportement de l'assurée et les limitations décrites. Elle s'engage dans son traitement depuis des années, mais il est reconnu une certaine inefficacité des traitements chez les sujets présentant ce type de trouble de la personnalité, en particulier en raison de la composante masochique. [...] 8. Ressources [...] Réponse : Sur le plan neurologique, les ressources de Mme R. \_\_\_\_\_ sont à évaluer avec l'aide de son neurologue. S'il est confirmé que son trouble neurologique est psychosomatique, alors il est fortement corrélé avec la fluctuation de ses troubles psychiques. Si Mme R. \_\_\_\_\_ peut retrouver un équilibre de vie ne mettant pas à mal son trouble de la personnalité, elle pourra continuer à assumer ses tâches ménagères, à son rythme. Ses ressources résiduelles sur le plan psychique ou mental sont très minces, fragiles, tributaires de son trouble de la personnalité et des décompensations anxio-dépressives qu'il engendre. B. Appréciation du point de vue de la médecine des assurances 1. Caractère incapacitant ou non des diagnostics retenus [...] Réponse : Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont le trouble mixte de la personnalité et le trouble dépressif récurrent. La dysthymie n'aurait en tant que telle pas de répercussion notable sur la capacité de travail si cette pathologie était unique. En l'occurrence, cette atteinte est l'une des manifestations du trouble de la personnalité de l'expertisée. Pour l'interaction plus détaillée des diagnostics, cf discussion. 2. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les atteintes constatées [...] Réponse : Comme évoqué supra, les limitations au plan physique sont à évaluer sur le plan neurologique. S'il s'agit d'une atteinte fonctionnelle, elle est une manifestation somatique du trouble de la personnalité de l'expertisée et susceptible de s'aggraver si son état psychique se péjore. Les limitations psycho-sociales sont décrites dans la discussion. 3. Influence des atteintes sur l'activité exercée jusqu'ici [...] Réponse : Cf discussion 4. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assurée ? [...] Réponse : Comme décrit dans la discussion, Mme R. \_\_\_\_\_ présente de par son trouble de la personnalité une atteinte à sa

santé de gravité suffisante pour justifier le fait que plus aucune activité professionnelle ne soit exigible d'elle, ceci depuis juillet 2013. Auparavant, et ce depuis probablement 1996 date à laquelle les premiers troubles psychiatriques sont décrits, elle possédait encore quelques ressources adaptatives qui lui permettaient de travailler dans une activité adaptée, comme celle décrite dans l'expertise du V.\_\_\_\_\_, au maximum à 50%. Cette capacité de travail de 50% était néanmoins variable en fonction de la fluctuation de l'état de santé de l'expertisée. Dans les périodes de dépression marquée, elle n'était pas apte à travailler. Quand elle allait mieux elle pouvait assumer une activité professionnelle à 50% mais même à ce taux, son état se péjorait de manière proportionnelle aux difficultés à affronter. [...] " Prenant position le 25 janvier 2019, la recourante expose n'avoir rien à ajouter à l'expertise de la Dresse T.\_\_\_\_\_. Se déterminant le 28 février 2019, l'intimé se réfère à un avis médical SMR du 11 février 2019 du Dr H.\_\_\_\_\_ se ralliant aux conclusions de l'experte T.\_\_\_\_\_. Cela étant, l'OAI admet dès juillet 2013 une incapacité totale à exercer une activité lucrative pour raisons psychiatriques, la capacité de s'occuper des tâches du ménage étant réservée. L'office estime par conséquent que, pour la part active, on peut retenir depuis janvier 2004 une capacité de travail de 50 % dans toute activité lucrative, tout d'abord sur un 50 % puis sur un 80 % dès septembre 2005, puis dès le 6 mai 2013 une incapacité de travail totale pour un taux d'activité du 80 %. 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. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés 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. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'espèce, est litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, l'intéressée contestant plus particulièrement le quart de rente octroyé pour les périodes du 1 er juillet 2006 au 31 août 2013 et à partir du 1 er juin 2014. C'est ici le lieu de relever que, dans le projet de décision du 20 mai 2015, l'intimé a annoncé à l'assuré son intention de lui refuser toute prestation à l'issue du délai de carence en janvier 2005 puis de lui allouer un quart de rente du 1 er juillet 2006 au 31 août 2013, une rente entière du 1 er septembre 2013 au 31 mai 2014 et enfin un quart de rente à compter du 1 er juin 2014. La recourante a contesté ce projet, mais l'intimé a maintenu son point de vue au terme de la procédure d'audition. L'office a toutefois rendu trois décisions séparées pour allouer à l'assurée un quart de rente dès le 1 er septembre 2016 (décision du 15 août 2016), respectivement un quart de rente du 1 er avril 2012 au 31 août 2013 puis une rente entière du 1 er septembre 2013 au 31 mai 2014 et un quart de rente du 1 er juin 2014 au 31 août

2016 (décision du 19 septembre 2016), et enfin un quart de rente du 1<sup>er</sup> juillet 2006 au 31 mars 2012 (décision du 22 septembre 2016). Or, l'assurée n'a formellement recouru que contre la première de ces décisions. Il convient néanmoins d'admettre que l'OAI ne pouvait pas statuer, dans la première décision du 15 août 2016, sur le droit à la rente pour la période dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016 sans avoir préalablement fixé le droit aux prestations pour les périodes antérieures. Le fait qu'il n'ait formellement statué sur ce droit, pour la période courant jusqu'au 31 août 2016, que les 19 et 22 septembre 2016 ne constitue qu'une circonstance liée au délai de calcul des montants concrètement alloués à titre rétroactif. Il n'en demeure pas moins que l'intimé était au clair, lorsqu'il a alloué un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> septembre 2016, sur le droit aux prestations qu'il entendait allouer pour les périodes antérieures. Cela ressort d'ailleurs du projet de décision communiqué à l'assurée le 20 mai 2015. Dans ces circonstances, l'absence de recours formel contre les décisions des 19 et 22 septembre 2016 ne dispense pas le tribunal d'examiner le droit aux prestations pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> septembre 2016. c) D'après les principes généraux en matière de droit transitoire, on applique, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 138 V 176 consid. 7.1 et réf. cit. ; TF 9C\_951/2015 du 29 septembre 2016 consid. 4 ; 9C\_896/2014 du 29 mai 2015 consid. 4.1.1). Cela étant, même si le droit éventuel aux prestations litigieuses doit être examiné, pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, au regard notamment des modifications de la LAI consécutives à la 4<sup>e</sup> révision, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, et pour la suite au regard des modifications de la LAI (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité; RS 831.20) consécutives à la 5<sup>e</sup> révision de cette loi, entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les principes développés jusqu'à ce jour par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur pertinence, quelle que soit la version de la loi sous laquelle ils ont été posés. 3. a) L'invalidité se définit comme l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée et qui résulte d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 al. 1 LAI et 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Quant à l'incapacité de travail, elle est définie par l'art. 6 LPGA comme toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. L'assuré a droit à une rente si sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, s'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et si, au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI [anciennement art. 29 al. 1 LAI]). Un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-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 [anciennement art. 28 al. 1 LAI]). b) 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 9C\_107/2017 du 8 septembre 2017 consid. 5.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas d'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 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. 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 143 V 124 consid. 2.2.2 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C\_453/2017 & 9C\_454/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et la référence). Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante (TF 8C\_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.3). En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références citées ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 5.2.1 et les références citées). c) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). 4. En l'occurrence, il est constant que des atteintes somatiques et psychiques ont été mises en avant. a) Sur le plan somatique, il appert que le diagnostic de maladie de Parkinson initialement posé – à la suite notamment d'un test pharmacologique parlant fortement en faveur de cette atteinte (cf. rapport du 28 juillet 2006 des Drs Q. \_\_\_\_\_ et X. \_\_\_\_\_) – n'a finalement pas résisté à l'examen. Ainsi, dans le

cadre de l'expertise réalisée au V. \_\_\_\_\_, le neurologue S. \_\_\_\_\_ a émis des doutes quant à ce diagnostic, concluant pour sa part à des troubles neurologiques n'évoquant que partiellement un syndrome parkinsonien et à des troubles du sommeil liés à un syndrome de mouvement périodiques des membres inférieurs ; dans le cadre de son évaluation, l'expert s'est par ailleurs interrogé sur le rôle de l'état thymique dans les difficultés motrices. Cela étant, l'expert a conclu à une pleine capacité de travail sur le plan neurologique avec une diminution de rendement de 30 % (cf. rapport d'expertise du 14 septembre 2011). Par la suite, des examens réalisés au Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ ont permis d'écarter raisonnablement le diagnostic de maladie de Parkinson et de retenir des anomalies neuropsychologiques et des symptômes parkinsoniens d'origine fonctionnelle (cf. rapport des Drs X. \_\_\_\_\_ et P. \_\_\_\_\_ du 30 mai 2003), confirmant ainsi les soupçons de l'expert S. \_\_\_\_\_. Sur cette base, il a finalement été conclu à un syndrome akinétique et tremblement atypique de probable origine fonctionnelle, avec un possible syndrome des jambes sans repos (cf. rapport des Drs X. \_\_\_\_\_ et A. \_\_\_\_\_ du 30 juillet 2013 ; voir également rapport des Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ du 28 juillet 2014). Quand bien même le Dr D. \_\_\_\_\_ a maintenu pour sa part le diagnostic de maladie de Parkinson (cf. rapports des 20 mars et 20 septembre 2012), il n'a toutefois apporté aucun élément probant susceptible d'infirmier le résultat des examens pratiqués au Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_. Au final, aucun indice sérieux au dossier ne permet donc de s'écarter de l'appréciation concordante de l'expert S. \_\_\_\_\_ et des médecins du Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_, réfutant l'existence d'une maladie de Parkinson et retenant à la place des troubles neurologiques d'origine fonctionnelle. L'examen des avis médicaux ne révèle, en outre, aucune dégradation significative depuis 2011 – la situation ayant au contraire été considérée comme stable et les variations rattachées à l'aspect psychogène (cf. rapport des Drs Q. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ du 28 juillet 2014). Pour le surplus, l'OAI a également tenu compte d'une période d'incapacité totale de travail du 6 mai 2013 au 15 février 2014, en lien avec une entorse à la cheville gauche traitée par les médecins de l'Etablissements I. \_\_\_\_\_ (cf. notamment avis médical SMR du 22 octobre 2014). Quand bien même les renseignements au dossier sont particulièrement ténus sur le sujet, la Cour de céans s'en tiendra quoi qu'il en soit aux constatations émises par l'office intimé à ce propos, dans la mesure où la pleine incapacité ainsi retenue s'avère favorable à la recourante (cf. consid. 8c infra). L'assurée, du reste, ne soulève aucun argument à l'encontre de l'évaluation de son état de santé physique. Sur ce plan, la Cour de céans ne voit donc aucune raison pertinente de s'écarter de l'appréciation de l'intimé. b) Il n'est par ailleurs pas contesté que la recourante présente des troubles psychiques. En particulier, une composante psychique a d'emblée été mise en avant par la Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante (cf. rapports des 7 janvier 2006, 9 septembre 2008, 31 janvier 2011 et 12 mars 2014). Si le Dr N. \_\_\_\_\_, psychiatre du SMR, a nié toute atteinte invalidante sur ce plan (cf. rapport du 23 juin 2008), la Dresse O. \_\_\_\_\_, psychiatre traitante, a quant à elle retenu une dysthymie et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, à l'origine d'une incapacité de travail de 50 % (cf. rapports des 23 avril 2008 et 20 octobre 2010). L'expert M. \_\_\_\_\_ du V. \_\_\_\_\_ a pour sa part conclu à un trouble de la personnalité dépendante et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique, engendrant une incapacité de travail de 50 % (cf. rapport du 14 septembre 2011). Puis, après avoir repris le suivi de l'assurée, la Dresse Z. \_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen et une anxiété généralisée, l'incapacité de travail étant considérée comme totale (cf. rapports des 13 janvier 2014 et 9 février 2016).

Cela étant, une expertise judiciaire a été réalisée par la Dresse T. \_\_\_\_\_, laquelle a conclu à un trouble mixte de la personnalité (dépendante, anankastique, masochique), un trouble dépressif récurrent et une dysthymie, les deux premières atteintes étant à l'origine d'une capacité de travail de 50 % depuis probablement 1996 puis de 100 % depuis le mois de juillet 2013 – à savoir au moment où la recourante s'était vu annoncer qu'elle ne souffrait pas de la maladie de Parkinson, ce qui avait conduit à un effondrement dépressif entraînant une extrême rigidification du trouble de la personnalité (cf. rapport du 31 décembre 2018). Or, rien n'incite à s'écarter de l'appréciation de l'experte T. \_\_\_\_\_.

D'une part, cette appréciation répond à l'évidence aux exigences jurisprudentielles en la matière (cf. consid. 3c surpa). En particulier, les diagnostics retenus ont été posés sur la base d'un système de classification reconnu, la Classification internationale des maladies (CIM-10). La Dresse T. \_\_\_\_\_ a par ailleurs dûment examiné le degré de gravité fonctionnel des atteintes. Elle a notamment détaillé les différents aspects (dépendante, anankastique et masochique) du trouble de la personnalité et l'impact de ces diverses facettes sur le quotidien de l'intéressée, concluant qu'il s'agissait d'un trouble sévère tant il influençait la qualité de vie de la recourante et entraînait des dysfonctionnements importants dans ses aptitudes sociales et professionnelles. Elle a par ailleurs relevé que la pathologie en cause répondait mal au traitement médicamenteux et à la psychothérapie, dont on ne pouvait escompter qu'un soutien mais pas un changement en profondeur face à cette constellation de personnalité. L'experte a en outre rappelé l'incapacité de l'assurée à suivre une mesure de réadaptation en 2012. Elle a de surcroît étudié l'interaction entre les différentes atteintes, soulignant notamment que l'aménagement dysfonctionnel de la personnalité s'était manifesté cliniquement par des périodes de dépression, avec persistance d'une dysthymie entre les phases dépressives plus importantes, et que la symptomatologie anxieuse et dépressive découlait du trouble de la personnalité ; la Dresse T. \_\_\_\_\_ a par ailleurs estimé que l'on ne pouvait pas exclure que la production de symptômes neurologiques ait été l'expression de la souffrance psychique – hypothèse retenue en définitive par la majorité des neurologues depuis 2011 (cf. consid. 4a supra) – et que le trouble neurologique psychosomatique était fortement corrélé avec la fluctuation des troubles psychiques. S'agissant de l'incidence du trouble de la personnalité, l'experte a indiqué qu'il s'était progressivement rigidifié, entravant de façon de plus en plus marquée tous les domaines de la vie, altérant le fonctionnement de l'intéressée et ses performances sociales ; ainsi, les aspects profondément dysfonctionnels du trouble de la personnalité entravaient la vie sociale, familiale et l'empêchaient de pouvoir profiter d'éventuels loisirs. La Dresse T. \_\_\_\_\_ a encore précisé que les ressources résiduelles de l'assurée sur le plan psychique ou mental étaient très minces, fragiles et tributaires du trouble de la personnalité et des décompensations anxio-dépressives en découlant. Enfin, l'experte a considéré que le tableau clinique était cohérent compte tenu du diagnostic (cf. rapport d'expertise du 31 décembre 2018 pp 22 ss). Cela étant, force est de constater que l'analyse des ressources résiduelles de l'assurée a été minutieusement réalisée par l'experte T. \_\_\_\_\_.

D'autre part, aucune pièce au dossier ne vient infirmer l'avis de cette spécialiste. Notamment, la Dresse T. \_\_\_\_\_ a exposé les motifs l'incitant à s'écarter du trouble anxieux retenu par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ (cf. rapport d'expertise du 31 décembre 2018 p. 24). Son appréciation de l'exigibilité s'inscrit, en outre, dans la lignée de celle des autres psychiatres intervenus. Ainsi, à l'instar de la Dresse O. \_\_\_\_\_ en 2008 et 2010 puis du Dr M. \_\_\_\_\_ en 2011, l'experte T. \_\_\_\_\_ a estimé que la capacité résiduelle de travail au niveau psychique était de 50 % dans toute activité probablement depuis 1996

et ce jusqu'à l'annonce de l'absence de maladie de Parkinson en juillet 2013, l'incapacité de travail étant depuis lors totale, comme retenu par la Dresse Z. \_\_\_\_\_ en 2014 et 2016. Finalement, le Dr H. \_\_\_\_\_ du SMR – et, corollairement, l'OAI – s'est rallié à l'appréciation de l'experte T. \_\_\_\_\_ (cf. avis médical SMR du 11 février 2019), dont les conclusions ne sont pas davantage disputées par la recourante. L'évaluation de l'experte T. \_\_\_\_\_ apparaissant au final convaincante et dûment motivée, il y a donc lieu de reconnaître pleine valeur probante au rapport d'expertise psychiatrique du 31 décembre 2018 (cf. consid. 3b supra). c) Sur le vu de ce qui précède et considérant en particulier que la diminution de rendement de 30 % invoquée par l'expert S. \_\_\_\_\_ ne s'entendait que sur un taux d'occupation à 100 % (cf. avis médical SMR du Dr H. \_\_\_\_\_ du 24 avril 2012), il apparaît en définitive que la capacité résiduelle de travail de la recourante doit être fixée comme suit : - à 50 % dans toute activité depuis probablement 1996 (et en tous les cas au moment du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, le 17 août 2005), du fait des troubles psychiques ; - à 100% dans toute activité de mai 2013 à février 2014, des suites d'une atteinte à la cheville ; - à 100 % dans toute activité depuis le mois de juillet 2013, en lien avec les affections psychiques. d) C'est par ailleurs en vain que la recourante soutient que ses limitations fonctionnelles rendraient illusoire un quelconque retour sur le marché du travail (cf. mémoire de recours du 19 septembre 2016 p. 9 ss). aa) D'une part, cet argument n'est plus relevant pour la période courant depuis le mois de mai, respectivement juillet 2013, une incapacité de travail totale ayant été reconnue tout d'abord du point de vue somatique puis du point de vue psychique. bb) Pour la période antérieure, il y a lieu de relever que lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TF 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 4.2 ; TF 8C\_466/2015 du 26 avril 2016 consid. 3.2.2 ; TF 8C\_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.2.2). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (TF 9C\_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; TF 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.2 et TF 9C\_496/2015 du 28 octobre 2015 consid. 3.2). Dans le cas particulier, il y a lieu de souligner que si les limitations fonctionnelles telles qu'elles existaient avant le mois de mai 2013 pouvaient limiter dans une certaine mesure les possibilités de la recourante de retrouver un emploi, on ne saurait considérer qu'elles rendaient cette perspective illusoire. Le marché du travail offre en effet un large éventail d'activités légères, dont un nombre significatif sont adaptées aux limitations fonctionnelles alors présentées par la recourante et accessibles sans nécessité d'une formation particulière, étant précisé qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail aurait permis à la recourante de retrouver un emploi. e) Il reste, dès lors, à déterminer l'incidence des éléments qui précèdent du point de vue du droit à la rente d'invalidité. 5. a) Pour évaluer le

taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI [anciennement art. 28 al. 2 LAI]). b) L'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une est évaluée en fonction de leur incapacité à accomplir leurs travaux habituels (méthode « spécifique » d'évaluation de l'invalidité ; art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI [anciennement art. 28 al. 2bis LAI]). Par travaux habituels, il faut en principe entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches (art. 27 al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201] ; cf. Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). c) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28 a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI [anciennement art. 28 al. 2ter LAI] en corrélation avec l'art. 27bis RAI [dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2017] ; ATF 137 V 334 ; 131 V 51 consid. 5.1.2). d) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 s. LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). e) Dans la mesure où la décision litigieuse est intervenue avant l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2018, de la nouvelle du 1<sup>er</sup> décembre 2017 modifiant le RAI, il convient d'examiner la situation à la lumière des dispositions légales et réglementaires applicables jusqu'au 31 décembre 2017. Selon la jurisprudence, il y a lieu en effet d'appliquer, en cas de changement de règles de droit et sauf réglementation transitoire contraire, les dispositions en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et les références citées). En d'autres termes, la nouvelle du 1<sup>er</sup> décembre 2017 modifiant le RAI ne peut avoir d'incidence sur le droit à la rente, dès lors qu'une hypothétique augmentation de la rente n'aurait pu prendre effet qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (cf. Michel Valterio, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI], Genève/Zurich/Bâle 2018, n° 132 ad art. 28a LAI p. 475), soit après la date déterminante de la décision attaquée qui limite temporellement le pouvoir d'examen de la juridiction de céans. 6. A ce stade, il y a donc lieu de déterminer la méthode pertinente pour évaluer l'invalidité de l'assurée. Cela revient, en d'autres termes, à se pencher sur la question du statut de l'intéressée. a) Se fondant sur les rapports d'enquête ménagère au dossier (des 25 avril 2006, 23 novembre 2012 et 28 janvier 2013), l'OAI a retenu une clé de répartition de 50 % active et 50 % ménagère jusqu'au au mois d'août

2005, puis de 80 % active et 20 % ménagère depuis le mois de septembre 2005 et ce sans changement depuis lors. L'office a en conséquence fait application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (cf. projet de décision du 20 mai 2015 et décision du 15 août 2016). Cette clé de répartition n'a jamais été contestée dans le cadre de la procédure administrative. Ce n'est qu'au stade de la procédure judiciaire que la recourante a fait valoir que sa situation avait évolué et que les déclarations qu'elle avait faites jusqu'en 2012 n'étaient pas représentatives du choix qu'elle ferait actuellement en bonne santé. Elle a plus particulièrement fait valoir que son mari et elle émargeaient à l'aide sociale et que ses enfants n'avaient plus besoin de la présence de leur mère au foyer, de sorte qu'elle aurait sûrement repris, respectivement augmenté son activité professionnelle pour des raisons tant financières que d'intérêt personnel. Elle a ainsi invoqué l'application de la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité (cf. mémoire de recours du 19 septembre 2016 p. 8) – soutenant implicitement que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %. b) La recourante ne revient donc pas sur la clé de répartition initialement retenue par l'intimé (tout d'abord 50 % active et 50 % ménagère, puis 80 % active et 20 % ménagère depuis le mois de septembre 2005) mais soutient, en revanche, que la situation aurait changé depuis 2012. Or, on ne saurait souscrire à ses arguments. Il résulte plus spécifiquement du rapport d'enquête ménagère du 23 novembre 2012 (p. 5) que le couple [...] était à l'époque au bénéfice du revenu d'insertion, l'époux – endetté à hauteur de 15'000 fr. – ne travaillant pas depuis 2004. En outre, les enfants de l'assurée, nés entre 1981 et 1987, étaient en 2012 déjà tous entrés dans l'âge adulte (l'aîné ayant 31 ans et le benjamin 25 ans) et ne vivaient plus sous le même toit que leurs parents, l'assurée n'habitant qu'avec son mari (cf. rapport d'enquête ménagère du 23 novembre 2012 p. 3). On rappellera, au demeurant, que ce n'est qu'après la décision entreprise que l'intéressée s'est séparée de son époux, la séparation étant intervenue entre la fin de l'année 2016 ou le début de l'année 2017 selon les versions. Il apparaît par conséquent que contrairement à ce que soutient la recourante, les circonstances ne se sont guère modifiées depuis ses précédentes déclarations au sujet de son statut. Dès lors, on ne voit pas en quoi les éléments allégués au stade du recours pourraient justifier une quelconque modification de la clé de répartition définie par l'intimé. c) On ajoutera que l'arrêt rendu le 2 février 2016 par la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire Di Trizio c. Suisse (requête n° 7186/09), dont se prévaut la recourante aux termes de son mémoire de recours (p. 8), ne remet pas en cause l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, ni la détermination du statut effectuée dans le cas d'espèce. Cet arrêt ne vise, en effet, que la suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une procédure de révision lorsque seuls des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle) conduisent à un changement de statut de "personne exerçant une activité lucrative à plein temps" à "personne exerçant une activité lucrative à temps partiel" (ATF 143 I 50 consid. 4). Or, les circonstances alléguées par la recourante ne relèvent manifestement pas d'un tel cas de figure. 7. a) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité) (ATF 137 V 334 consid. 4.1 et les références citées).

Selon la jurisprudence, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques – soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne pouvait pas être déterminé avec suffisamment de précision –, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé (abattement) en fonction des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 ; TF 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 ; TFA I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3).

b) L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références citées).

c) Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGa sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif – comme c'est le cas en l'espèce –, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2, 125 V 413 consid. 2d ; TF 9C\_344/2010 du 1<sup>er</sup> février 2011 consid. 4.2 et 9C\_266/2010 du 8 octobre 2010 consid. 3.3). Cette dernière disposition prévoit si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (al. 2).

8. a) Pour ce qui est de la part active, force est de constater que l'assurée n'a pas exercé d'activité lucrative régulière, hormis quelques heures par semaine de devoirs surveillés entre 2003 et 2005, voire 2008 selon les versions. Dans de telles circonstances, on peut certes déterminer les revenus avec et sans invalidité en se référant aux données statistiques telles que résultant de l'ESS, ainsi que l'a fait l'OAI dans la décision attaquée. Il reste toutefois que lorsque, comme en l'espèce, les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant alors avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidé (cf. consid. 7a supra). Avec un statut de 50 % active, une incapacité de travail initialement fixée à 50 % et un abattement de 15 % – incontesté et qui n'apparaît, du reste, pas critiquable – sur le revenu d'invalidé, le taux d'invalidité se calcule en appliquant l'abattement de 15 % à la part du salaire statistique toujours réalisable (15 % de 50 %, soit 7,5 %), puis en déduisant le résultat obtenu de ladite part salariale (50 % - 7,5 % = 42,5 %). La différence correspond à la perte de gain effective pour une part active à 50 %, soit 7,5 % (50 % - 42,5 %) (sur la méthode de calcul, voir TF 9C\_260/2013 du 9 août 2013 consid. 2 et 4.3 et TFA I 151/06 du 29 juin 2007 consid. 7.2.1 [méthode mixte] ; voir également TF 9C\_842/2018 du 7 mars 2019 consid. 5.2 et 9C\_692/2017 du 12 mars 2018 consid. 5 [méthode ordinaire]). Dès le mois de septembre 2005, la part active de l'assurée est toutefois passée à 80 %. Compte tenu toujours d'une incapacité de travail de 50 % dans toute activité et d'un abattement de 15 % sur le revenu

d'invalidité, circonstances demeurées inchangées, il s'ensuit une perte de gain effective de 37,5 % pour une part active à 80 % (80 % - 42,5 %). En outre, l'assurée présentant depuis le mois de mai 2013 une incapacité de travail totale dans toute activité, il s'ensuit une invalidité qui doit être ramenée au taux de la part active, soit 80 %. Ces taux correspondent, du reste, à ceux retenus par l'intimé sur la base des calculs – au demeurant corrects – effectués au moyen des données salariales découlant de l'ESS. b) Quant aux empêchements ménagers, ils ont été arrêtés à 30 % selon le rapport d'enquête ménagère du 23 novembre 2012, complété le 28 janvier 2013. Ce taux n'apparaît pas critiquable au vu du contenu de cette enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 ; TF 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.3 et les références). Il traduit des empêchements certes indéniables mais somme toute modérés pouvant s'intégrer à l'évaluation de l'experte T. \_\_\_\_\_, laquelle a évoqué un aménagement permettant de mener à bien la gestion de l'intérieur mais toujours en fonction des douleurs dépendant du mal-être psychique (cf. rapport d'expertise du 31 décembre 2018 p. 25). Le taux des empêchements ménagers n'est, du reste, pas critiqué. Dans ces conditions, il y a donc lieu de s'y rallier. Il en résulte, pour une part ménagère de 50 %, une invalidité de 15 % jusqu'à la fin août 2005 (50 % x 30 %). Compte tenu d'une part ménagère de 20 % dès le mois de septembre 2005, il en résulte une invalidité de 6 % (20 % x 30 %) depuis lors. c) Reste à déterminer le taux d'invalidité global de l'assurée. Il apparaît à cet égard qu'au moment où l'intéressée a sollicité des prestations d'assurance, le 17 août 2005, son taux d'invalidité s'élevait à 22,5 % (7,5 % [part active de 50 %] + 15 % [part ménagère de 50 %]) et était dès lors insuffisant pour ouvrir le droit à une rente, ainsi que l'a retenu à juste titre l'OAI. Suite à la modification des parts active et ménagère dès le mois de septembre 2005, le taux d'invalidité a dès lors atteint 43,5 % (37,5 % [part active de 80 %] + 6 % [part ménagère de 20 %]), ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité. L'office intimé a toutefois retenu que ce droit ne pouvait prendre naissance qu'à partir du mois de juillet 2006, se référant à la notion d'invalidité moyenne (cf. fiche de calcul du 13 mai 2015). Force est toutefois de constater que cette notion n'existe pas en assurance-invalidité. Si la loi connaît la notion d'incapacité de travail moyenne pour calculer le délai de carence de l'art. 28 al. 1 let. b LAI, elle ne connaît en revanche pas, que ce soit sur le plan légal ou réglementaire, la notion d'invalidité moyenne pour fixer le degré d'invalidité. De fait, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que seule la notion d'incapacité de travail était déterminante sous l'angle de l'art. 28 al. 1 let. b LAI (cf. TFA I 75/03 du 6 février 2004 consid. 3.2, se référant à l'ancien art. 29 al. 1 let. b LAI en vigueur à l'époque). A l'évidence, la notion d'invalidité moyenne sur laquelle se fonde l'office intimé pour déterminer le droit à la rente d'une personne assurée est dépourvue de base légale et, partant, viole le droit fédéral. Dans le cas particulier, force est de constater que l'assurée satisfaisait à l'exigence d'une incapacité de travail moyenne de 40 % durant une année (présentant une incapacité de travail de 50 % depuis 1996 probablement, selon l'experte T. \_\_\_\_\_) lorsque son taux d'invalidité a atteint 43,5% en septembre 2005, suite à la modification des parts active et ménagère composant son statut mixte. On relèvera par ailleurs que la demande de prestations étant datée du 17 août 2005, l'art. 29 al. 1 LAI entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, à teneur duquel 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, n'apparaît pas applicable. On ne voit en outre pas qu'il y ait lieu de se référer au délai de trois mois prévu par l'art. 88a al. 2 RAI (cf. consid. 7c supra), dès lors qu'un changement de statut ne peut être assimilé à une modification de la capacité de gain ou d'accomplir les travaux habituels suite à une évolution de l'état de santé de la

recourante, autrement dit un phénomène pathologique labile (dans ce sens : ch. 4008.1 CIIAI avec les références citées ; voir également TF 8C\_220/2014 du 25 novembre 2014 consid. 6). C'est dès lors à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005 que prend naissance le droit de la recourante à un quart de rente d'invalidité. Finalement, l'incapacité de travail étant totale depuis le mois de mai 2013, le taux d'invalidité de l'assurée est conséquemment passé à 86 % (80 % [part active de 80 %] + 6 % [part ménagère de 20 %]) et justifie ainsi l'octroi d'une rente entière à l'issue d'un délai de trois mois (art. 88a al. 2 RAI). Comme l'aggravation en cause a duré trois mois entiers en août 2013, le droit à la rente entière prend naissance au début de ce mois-là, soit dès le 1<sup>er</sup> août 2013 et non dès le 1<sup>er</sup> septembre 2013 tel que retenu par l'OAI (voir à cet égard TF 9C\_485/2010 du 11 juillet 2011 consid. 4.3 et les références citées ; voir également CIIAI, en particulier les exemples ch. 4011 et ch. 8093).

9. a) Il découle de ce qui précède que le recours doit être partiellement admis et la décision attaquée du 15 août 2016 – comme celles des 19 et 22 septembre 2016 (cf. consid. 2b supra) – réformée, en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2005 au 31 juillet 2013, puis à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2013. 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 400 fr. et être mis entièrement à la charge de l'office intimé, qui succombe pour l'essentiel (art. 69 al. 1 LAI ; art. 49 al. 1 LPA VD). Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens, qu'il convient d'arrêter en l'occurrence à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD ; voir également art. 10 et art. 11 TFJDA [tarif cantonal vaudois des frais judiciaires et des dépens en matière administrative du 28 avril 2015 ; RSV 173.36.5.1]). A noter que, l'octroi de l'assistance judiciaire ayant été limité aux frais de justice sans désignation d'un avocat d'office, aucune indemnité n'est due à ce titre. Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours déposé le 19 septembre 2016 par R. \_\_\_\_\_ est partiellement admis. II. Les décisions des 15 août, 19 et 22 septembre 2016 sont réformées, en ce sens que R. \_\_\_\_\_ a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> septembre 2005, puis à une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> août 2013. III. Un émolument judiciaire de 400 fr. (quatre cents francs) est mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à la recourante un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Procap, Service juridique (pour R. \_\_\_\_\_), ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud, - Office fédéral des assurances sociales, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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