

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 291 vom 26. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2020\\_\\_291](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2020__291)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 291 du 26 juin 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 291 del 26 giugno 2020

### Regeste

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI, 88a al. 2 RAI

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 26.06.2020 Arrêt / 2020 / 291

RENTE D'INVALIDITÉ, NOUVELLE DEMANDE, AGGRAVATION DE L'ATTEINTE À LA SANTÉ | 28 LAI, 87 al. 2 RAI, 87 al. 3 RAI, 88a al. 2 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 157/19 - 213/2020 ZD19.017819 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 26 juin 2020 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Di Ferro Demierre ,  
présidente MM. Métral et Piguet, juges Greffière : Mme Huser \*\*\*\*\* Cause  
pendante entre : P. \_\_\_\_\_ , à [...], recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,  
avocat à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey,  
intimé. \_\_\_\_\_ Art. 28 LAI ; 87 al. 2 et 3 et 88a al. 2 RAI E n f a i t : A. Par  
demande adressée le 16 décembre 2003 à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton  
de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé), P. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou le recourante),  
née en 1964, a requis des prestations de l'assurance-invalidité (AI), tendant à l'octroi de  
mesures médicales de réadaptation, subsidiairement au versement d'une rente. Aux termes  
d'un rapport du 21 mai 2001 du Dr I. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, l'assurée  
présentait essentiellement des lombalgies fluctuantes, alors exacerbées avec troubles  
statiques vertébraux partiels d'accompagnement ainsi qu'une dégénérescence débutante par  
pincement L4-L5 et notamment L5-S1. Le rapport du 18 février 2004 de la Dre  
C. \_\_\_\_\_, médecin traitante de l'assurée, indiquait que celle-ci présentait des blocages  
du dos, des cervicalgies et des douleurs dans les articulations des épaules bilatérales, qui  
étaient objectivés par une arthrose modérée. Depuis son arrivée en Suisse en 1987,  
l'intéressée a travaillé comme sommelière à [...], [...] et [...], toujours à 100%, activités  
entrecoupées par des arrêts de travail de quinze jours à trois semaines. En 1995, elle a suivi  
les cours d'une école de coiffure à [...] et a obtenu le diplôme après une année. Elle a par la  
suite travaillé dans un centre de coiffure à [...], entre les mois de septembre 2000 et  
novembre 2001, date de son licenciement pour des raisons de santé. Il ressort d'un  
questionnaire d'employeur du 7 janvier 2004 que l'assurée a ensuite travaillé comme  
serveuse à l'Hôtel G. \_\_\_\_\_ à [...] du 1 er avril 2002 au 31 juillet 2002 pour un salaire de  
3'500 fr. par mois. Selon l'employeur, l'assurée a présenté une incapacité de travail du 4  
juillet 2002 au 16 juillet 2002 et du 22 juillet 2002 au 3 août 2002. Après une période de  
chômage, l'assurée a bénéficié de l'aide sociale. Par décision du 25 mai 2004, l'OAI a  
refusé toute prestation, au motif que l'assurée ne présentait pas d'atteinte à la santé  
invalidante au sens de l'AI. Dans le cadre de la procédure d'opposition, un examen clinique

rhumatologique et psychiatrique a été diligenté auprès du Service médical régional AI (SMR). Dans le rapport y relatif daté du 20 mars 2006, les médecins ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicodorsalgies et lombocuralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis modérés et de douleurs de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après périarthrite scapulo-humérale gauche. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont mentionné un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, non décompensé, un épisode récurrent de dépression réactionnelle d'intensité moyenne, en rémission ainsi que des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés dans l'enfance par une personne de son entourage immédiat. La capacité de travail dans l'activité habituelle de coiffeuse ou de sommelière a été estimée à 80% depuis le mois de janvier 2003 et, dans une activité adaptée, permettant d'alterner les positions assise et debout et d'éviter le port de charges de plus de 5 kg, à 100%. La décision de l'OAI du 25 mai 2004 a été confirmée par décision sur opposition du 12 octobre 2006, puis par jugement du Tribunal des assurances du 11 mars 2008 (AI 238/06 – 99/2008) et enfin par arrêt de la II e Cour de droit social du Tribunal fédéral du 9 octobre 2008 (9C\_384/2008). B. Par décision du 17 février 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée du 18 novembre 2008. C. En date du 16 novembre 2010, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations auprès l'OAI, en invoquant des problèmes de dos, la présence de trois disques lombaires abîmés ainsi que des problèmes aux cervicales. Après avoir établi un projet de décision de refus d'entrée en matière le 30 juin 2011 faute pour l'assurée d'avoir rendu plausible une aggravation de son état de santé, l'OAI est revenu sur sa position le 28 février 2012, compte tenu de nouveaux diagnostics qui méritaient d'être investigués. Il s'agissait, d'une part, d'un trouble panique sans agoraphobie sur possible trouble de la personnalité non spécifié retenu dans un rapport du 16 mars 2011 du Département D.\_\_\_\_\_ du Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_ (Centre hospitalier M.\_\_\_\_\_) et, d'autre part, d'une fasciite plantaire distale bilatérale à légère prédominance droite, sans déformation objectivée, ni restriction des amplitudes articulaires attestée par le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, dans ses rapports des 3 octobre 2011 et 11 juin 2012. Dans un rapport du 13 septembre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a par ailleurs retenu le diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, de lombopygialgies avec syndrome lombo-vertébral. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de coiffeuse et de 60% dans une activité adaptée, offrant une alternance des postures. Le Dr U.\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 28 novembre 2012, posé les diagnostics de trouble de la personnalité, kynésiophobie et hypermobilité ainsi que d'agoraphobie et de claustrophobie. Il a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de coiffeuse et de 20% dans une activité adaptée permettant de garantir une alternance des postures. Il n'a cependant posé aucun diagnostic sur le plan physique et n'a pas expliqué quelles étaient les répercussions des atteintes psychiques diagnostiquées sur la capacité de travail de l'assurée. Compte tenu du diagnostic de fasciite plantaire bilatérale chronique attestée par le Dr V.\_\_\_\_\_ et de celui de lombopygialgies avec syndrome lombo-vertébral posé par le Dr L.\_\_\_\_\_, ainsi que du fait que l'assurée n'avait été vue qu'une seule fois en consultation psychiatrique le 18 avril 2011, le Dr F.\_\_\_\_\_ du SMR, a, par avis du 6 février 2013, préconisé la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. Dans l'intervalle, un rapport du Centre de psychiatrie et psychothérapie S.\_\_\_\_\_ du 16 mai 2013 a fait état d'agoraphobie avec trouble panique

(F40.01), de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) ainsi que de trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4). L'expertise psychiatrique a été réalisée le 25 septembre 2014 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 6 octobre 2014, celui-ci a retenu les diagnostics de trouble phobie sociale (F40.1), de trouble panique avec agoraphobie (F40.01), de trouble dépressif récurrent (épisode actuel en rémission partielle) (F33.5) et de trouble mixte de la personnalité (F61.0). En raison de ce dernier diagnostic, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail de 70% dans toute activité depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011, date à laquelle l'assuré avait pris contact avec la consultation psychiatrique de [...]. L'examen clinique rhumatologique a été réalisé le 1<sup>er</sup> octobre 2014 par les Drs W.\_\_\_\_\_ et Y.\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, et médecins auprès du SMR. Dans leur rapport du 17 novembre 2014, les médecins précités ont conclu à une capacité de travail nulle dans les activités habituelles de coiffeuse et sommelière et entière dans une activité adaptée depuis septembre 2012, date de la mise en évidence d'une aggravation clinique par le Dr L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 septembre 2012, en raison de lombopygalgies bilatérales dans le cadre de protrusions discales circonférentielles L4-L5 et L5-S1 avec arthrose facettaire postérieure L3-S1 (M54.9), de cervicalgies dans le cadre de trouble statique et dégénératifs modérés du rachis (discopathie C3-C6 avec uncarthorse) (M54.2) et de tendinite résiduelle du muscle sus-épineux gauche après périarthrite scapulo-humérale ancienne (M75.1). Par projet de décision du 19 mai 2015, l'OAI, se fondant sur les deux expertises réalisées les 25 septembre et 1<sup>er</sup> octobre 2014, a fait part à l'intéressée de son intention de lui refuser l'octroi d'une rente d'invalidité, dès lors qu'elle présentait un degré d'invalidité de 24.81%. Dans le cadre de sa contestation du 20 août 2015 au projet de décision précité, l'assurée a fourni un rapport médical du 16 juin 2015 du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Ce médecin a conclu son rapport en mentionnant que l'examen réalisé avait mis en évidence les signes d'une altération sévère de la mémoire antérograde (verbale), présente dès la phase d'encodage, les éléments d'un dysfonctionnement exécutif et attentionnel sévère, avec un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et un défaut de flexibilité mentale, les autres fonctions cognitives évaluées cliniquement ou à l'aide de différentes épreuves (langage oral, praxies, gnosies, programmation et inhibition) étant globalement dans les normes. Le spécialiste précité a proposé la réalisation d'une IRM [imagerie par résonance magnétique] cérébrale, dans la mesure où il était surpris de ces déficits d'allure organique « difficilement explicatifs pour les troubles psychologiques rencontrés par la patiente ». L'assurée a également produit un rapport du 8 juillet 2015 du Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel ce médecin a conclu à une capacité de travail nulle du point de vue psychique, dès lors que sa patiente présentait une comorbidité psychiatrique sévère et d'évolution chronique, pathologie qui engendrait des dysfonctionnements majeurs dans tous les secteurs de sa vie et qu'elle se plaignait de troubles majeurs de la mémoire et de la concentration, lesquels avaient été constatés lors des tests neuropsychologiques effectués par le Dr K.\_\_\_\_\_. Sur demande du 14 septembre 2015, réitérée le 26 janvier 2016, du Dr X.\_\_\_\_\_ du SMR et suivant l'avis du Dr K.\_\_\_\_\_, une IRM cérébrale a été effectuée sur la personne de l'assurée le 5 juillet 2016. Hormis une sinusopathie maxillaire gauche et, de façon discrète, ethmoïdale droite, l'IRM cérébrale s'est révélée dans les limites de la norme compte tenu de l'âge de l'intéressée et sous réserve d'un examen non injecté. Une expertise judiciaire a été réalisée dans le cadre d'une enquête en institution d'une curatelle ouverte par la Justice de paix du district de [...]. Dans le rapport y relatif,

daté du 24 novembre 2016, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et la psychologue associée E. \_\_\_\_\_, ont posé les diagnostics de trouble panique (F41.0) et de trouble mixte de la personnalité (F61). L'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire en date des 29 mars, 31 mars, 11 avril et 12 avril 2017 auprès du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ (Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_). Les Drs J. \_\_\_\_\_, spécialiste en neuropsychologie, H. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, et A. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport le 23 juin 2017. Les experts ont retenu les diagnostics, ayant une répercussion sur la capacité de travail, de trouble mixte de la personnalité (F61.0) avec des traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline et de personnalité évitante, présent depuis le début de l'âge adulte et décompensé depuis mars 2013, ainsi que d'agoraphobie avec trouble panique (F40.01) présente depuis le début de l'âge adulte. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont retenu une dysthymie (F34.1) présente depuis l'enfance et trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.0), le premier épisode documenté par un psychiatre ayant été en 2004, une tendinite de l'épaule gauche depuis 2003, une cervicalgie depuis 2003, une lombalgie basse depuis 1991, une névralgie du membre inférieur droit, probablement depuis 2012, une cure chirurgicale de kystes ovariens à l'âge de 21 ans, des cures laparoscopiques pour kystes ovariens en 1997, une hyperprolactinémie transitoire en 2005 ainsi qu'une allergie à la pénicilline. Ils n'ont retenu aucune limitation fonctionnelle sur le plan physique et, sur le plan psychique et mental, des difficultés relationnelles (évitement social, repli social), de l'hostilité (rentre facilement en conflit, se montre irritable), de la difficulté dans la gestion des émotions, des difficultés dans la gestion de tâches administratives, une hypersensibilité au stress, l'apparition périodique de phases de décompensation, des évitements de tous les endroits dans lesquels l'expertisée se sentait coincée, ainsi que des troubles mnésiques. Une activité exigible pour l'assurée consistait donc en un travail qui tienne compte des troubles mnésiques, qui ait le moins possible de contacts avec une clientèle et des collègues, qui n'obligeait pas l'expertisée à rester dans des situations dans lesquelles elle se sentait coincée (lieux clos, nécessité de rester au poste de travail avec des horaires rigides par exemple), impliquant trop de stress. Les experts ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et, dans une activité adaptée, de 70% depuis mars 2011 puis de 50% dès juin 2015, date de l'examen neuropsychologique du Dr K. \_\_\_\_\_, essentiellement pour des raisons psychiques. Par avis du 14 juillet 2017, le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR a considéré que les conclusions auxquelles étaient parvenus les experts, justes et convaincantes, pouvaient être suivies. Le service de réadaptation de l'OAI a procédé au calcul du salaire exigible. Dans un premier calcul, il a retenu un revenu avec invalidité de 36'008 fr. 78 après prise en compte du pourcentage exigible (70%). Après comparaison avec le revenu sans atteinte à la santé de 50'096 fr. 59, il résultait un préjudice économique de 14'087 fr. 81, soit 28.12%. Dans un second calcul, le service précité a retenu un revenu avec invalidité de 24'303 fr. 68 après indexation, prise en compte du pourcentage exigible (50%) ainsi que d'un abattement de 10% compte tenu de l'âge de l'assurée. Après comparaison avec le revenu sans invalidité de 51'054 fr. 24, il en résultait un préjudice économique de 26'750 fr. 56, soit de 52.40%. Par projet de décision du 11 décembre 2017, l'OAI a fait part à l'assurée de son intention de lui octroyer un quart de rente dès le 1 er novembre 2015 puis une demi-rente dès le 1 er février 2016, l'activité habituelle de l'assurée n'étant plus exigible, mais une capacité de travail de 70% restant exigible dans une activité adaptée depuis mars 2011 et de 50% dès juin 2015. Le 14 décembre 2017,

l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. A l'appui de son opposition, elle a produit deux rapports médicaux. L'un, daté du 18 octobre 2017, du Dr Z. \_\_\_\_\_, dans lequel ce médecin, tout en relevant la qualité du travail effectué par ses confrères du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_, mentionnait qu'avec la problématique complexe (troubles psychiatriques sévères polymorphes et chroniques avec dysfonctionnements constatés dans tous les domaines de la vie) présentée par sa patiente, celle-ci ne pouvait tout simplement pas travailler, même à temps partiel, quel que soit le poste de travail. L'autre, daté du 19 novembre 2017, de la Dre B. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ayant succédé au Dr Z. \_\_\_\_\_ dans la prise en charge de l'assurée, dans lequel cette spécialiste indiquait qu'elle partageait l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ pour ce qui était des diagnostics posés et des limitations fonctionnelles mais que s'agissant de la capacité de travail, elle retenait un taux de 20% maximum et pour autant que l'activité puisse s'exercer dans un milieu adapté tel que décrit dans l'expertise. L'assurée a complété son opposition le 11 janvier 2018, en précisant qu'elle estimait que sa capacité de travail était nulle, tout en joignant un courrier de la Dre B. \_\_\_\_\_ du 4 décembre 2017, dans lequel celle-ci confirmait qu'une incapacité de travail à 100% pour des raisons psychiques entraînait une incapacité de travail globale totale quel que soit le handicap physique. Dans un avis du 8 février 2018, le Dr X. \_\_\_\_\_ du SMR a, en substance, mentionné que les pièces produites par l'assurée n'apportaient pas d'éléments nouveaux et qu'il fallait s'en tenir aux conclusions du rapport d'expertise du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ du 23 juin 2017. Par communication interne du 24 mai 2018, le service de réadaptation de l'OAI a confirmé au service juridique que les deux exemples d'activités retenus, soit les activités tertiaires de type courrier/scannage et les activités industrielles légères, étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles retenues par les experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_. En outre, ces activités respectaient les limitations fonctionnelles au plan psychique et mental car elles n'imposaient pas de relations interpersonnelles particulières, pas de relations téléphoniques internes ou externes, pas de contacts clientèle, pas de collaboration poussée ou de relations étroites à l'interne avec des collègues ou des responsables et offraient la possibilité de rester centré sur sa tâche, qui pouvait être exécutée moyennant un minimum de contacts avec autrui. Par ailleurs, le travail était plutôt répétitif, assez rapidement routinier, bien défini dans la journée, n'impliquait pas de multitâches et ne présentait que peu d'imprévu. Par courrier du 28 mai 2018, auquel était jointe la motivation de la décision d'octroi de rente, qui confirmait le projet de décision du 11 décembre 2017, l'OAI a répondu aux objections de l'assurée. Il a en substance expliqué qu'il s'était basé sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire mise en œuvre auprès du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ s'agissant de la capacité de travail exigible, tout en relevant que cette expertise satisfaisait pleinement aux exigences de la jurisprudence du Tribunal fédéral relative à la valeur probante des rapports médicaux. Il a encore mentionné que les rapports des Drs Z. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ ne permettaient pas de remettre en question les constats des experts et a expliqué pour quelle raison il retenait la date du 1<sup>er</sup> novembre 2015 comme point de départ du droit à la rente. Il a encore relevé, en lien avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques, que la recourante ne démontrait pas en quoi les constats des experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ seraient insuffisamment motivés quant au caractère incapacitant des différentes atteintes d'ordre psychiatrique. Enfin, il a mentionné que les activités adaptées sur le marché du travail retenues dans le cas d'espèce étaient compatibles avec les limitations fonctionnelles rencontrées par la recourante. Ainsi, les arguments avancés par celle-ci n'étaient pas de nature à remettre en question le bien-fondé du projet de décision du 11

décembre 2017, lequel pouvait être intégralement confirmé. Par communication du 15 août 2018, l'OAI a informé l'assurée que les conditions pour l'octroi d'une aide au placement étaient remplies. Par décision du 13 mars 2019, l'OAI, par l'intermédiaire de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS, a octroyé à l'assurée une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2019. Il était précisé que la décision concernant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 mars 2019 lui parviendrait ultérieurement. D. Par acte du 17 avril 2019, l'assurée, sous la plume de son conseil, a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le mois de juin 2011. Elle précise qu'elle déposera un autre recours contre la décision de rente à venir concernant la période antérieure au 1<sup>er</sup> avril 2019. La recourante conteste en particulier le taux de la rente retenu, les points de départ du quart de rente et de la demi-rente ainsi que le calcul de la rente en fonction du revenu annuel moyen (RAM) et de l'échelle de rente. Elle fait valoir que le taux de 70% retenu n'est pas réaliste compte tenu de ses handicaps sur un triple plan (somatique, psychique et neuropsychologique) et que même des activités simples et répétitives ne peuvent être effectuées en raison des douleurs attestées médicalement sur le plan somatique et des troubles mnésiques, de l'instabilité psychique totale qu'elle présente et des contraintes professionnelles qui affectent une éventuelle activité de remplacement. Elle reconnaît que l'expertise réalisée par le Centre d'expertise T.\_\_\_\_\_ est de qualité mais considère que les conclusions qu'en tirent les experts quant à sa capacité de travail sont insoutenables. Elle soutient en outre que l'expertise ne satisfait pas aux nouveaux critères d'expertise structurée. Par réponse du 7 juin 2019, l'OAI a proposé le rejet du recours et le maintien de la décision attaquée, tout en renvoyant à la motivation du 28 mai 2018 qui accompagnait cette décision. S'en est suivi un échange de courriers entre le 1<sup>er</sup> juillet 2019 et le 12 septembre 2019 sur la question de savoir si la procédure devait être suspendue dans l'attente de la décision de rente de l'OAI portant sur la période antérieure au 1<sup>er</sup> avril 2019. Par courrier du 26 septembre 2019, la recourante a produit la décision du 20 septembre 2019 de l'OAI, lui accordant un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 janvier 2016 ainsi qu'une demi-rente du 1<sup>er</sup> février 2016 au 31 mars 2019, tout en déclarant faire recours également contre cette décision et en demandant la jonction du nouveau recours avec le recours pendant du 17 avril 2019. Le 3 octobre 2019, la juge instructrice a fait savoir à la recourante que le recours contre la nouvelle décision de l'OAI du 20 septembre 2019 serait traité dans le cadre de la présente procédure, dans la mesure où celle-ci répétait, à l'encontre de cette décision, les conclusions prises dans l'acte du 17 avril 2019. Les parties se sont encore déterminées par écritures des 21 et 23 octobre 2019. 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, compte tenu des fêtes pascales (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 96 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses

griefs – que sur les points tranchés par cette décision. De surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 et 125 V 413 consid. 2c ; TF 9C\_678/2011 du 4 janvier 2012 consid. 3.1). b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur le fait que l'OAI lui a octroyé, à la suite du dépôt le 16 novembre 2010 d'une troisième demande de prestations, un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 janvier 2016 et une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> février 2016 alors qu'elle considère avoir droit à une rente entière dès le mois de juin 2011. 3. a) 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). Conformément à l'art. 28 al. 2 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. 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 à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). b) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA, si entre la dernière décision de refus de rente - qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit - et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 71). Il faut par conséquent procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de cette disposition, qui prévoit que, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable (art. 88a al. 2 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). 4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – ou le juge en cas de recours – se base sur des documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 256 consid. 4 et 115 V 133 consid. 2 ; TF

8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1). L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, 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 soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 133 V 450 consid. 11.1.3 et 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C\_55/2016 du 14 juillet 2016 consid. 3.1). b) Tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent, désormais, en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 141 V 281 ; 143 V 409 ; 143 V 418). La preuve d'un trouble psychosomatique ou d'un trouble psychique suppose, en premier lieu, un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Une fois le diagnostic posé, le point de savoir si ce dernier entraîne une incapacité de travail totale ou partielle doit être analysé au moyen d'un catalogue d'indicateurs, appliqué en fonction des circonstances du cas particulier et répondant aux exigences spécifiques de celui-ci (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4.1.1). Le premier groupe d'indicateurs a trait à l'examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, au travers du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le diagnostic, du déroulement et de l'issue (succès, résistance, échec) d'un traitement conduit dans les règles de l'art ou d'une réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de tenir compte de la structure de personnalité, des capacités inhérentes à la personnalité de l'assuré et d'éventuels troubles de la personnalité de l'assuré, ainsi que du contexte social – étant toutefois précisé, sur ce dernier point, que dans la mesure où des contraintes sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles doivent être, comme par le passé, mises de côté (ATF 141 V 281 consid. 4.3 à 4.3.3). Le second groupe d'indicateurs porte sur l'examen de la cohérence entre l'analyse du degré de gravité fonctionnel, d'une part, et la répercussion de l'atteinte dans les différents domaines de la vie et le traitement suivi, d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 4.4 à 4.4.2). c) Les expertises qui n'ont pas été établies selon les nouveaux standards posés par l'ATF 141 V 281 ne perdent pas d'emblée toute valeur probante. Il y a lieu d'examiner si elles permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants (ATF 141 V 281 consid. 8). 5. a) En l'occurrence, l'intimé est entré en matière sur la troisième demande de prestations de la recourante du 16 novembre 2010 et a octroyé à celle-ci un quart de rente du 1<sup>er</sup> novembre 2015 au 31 janvier 2016 puis une demi-rente à compter du 1<sup>er</sup> février 2016, selon décisions des 13 mars 2019 et 20 septembre 2019. L'intimé s'est en particulier fondé sur l'expertise pluridisciplinaire réalisée par le Centre d'expertise T.\_\_\_\_\_ qui a donné lieu à un rapport du 23 juin 2017. Si l'on compare la situation telle qu'elle prévalait lors de la dernière décision de refus entrée en force reposant sur un examen matériel et celle qui résulte du rapport précité, on constate ce qui suit. b/aa) Sur le plan somatique, les médecins du SMR avaient retenu les diagnostics, ayant une

répercussion sur la capacité de travail, de cervico-dorsalgies et lombo-cruralgies gauches dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis modérés et de douleurs de l'épaule gauche dans le cadre d'un status après périarthrite scapulo-humérale gauche (cf. rapport du 20 mars 2006). Ils avaient alors conclu à une capacité de travail de 80% dans les activités habituelles de coiffeuse et sommelière et de 100% dans une activité adaptée permettant une alternance des positions assise et debout et d'éviter le port de charges de plus de 5 kg. A la suite du dépôt de la troisième demande, la deuxième demande ayant fait l'objet d'une non-entrée en matière, un nouveau diagnostic de fasciite plantaire distale bilatérale a été posé par le Dr V. \_\_\_\_\_ (cf. rapports des 3 octobre 2011 et 11 juin 2012). Ce médecin ne s'est toutefois pas prononcé quant aux répercussions de cette atteinte sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr L. \_\_\_\_\_, quant à lui, a conclu à une capacité de travail nulle dans les activités habituelles et de 60% dans une activité adaptée offrant une alternance des postures, mais uniquement en raison de lombopygialgies avec syndrome lombo-vertébral (cf. rapport du 13 septembre 2012). Compte tenu du nouveau diagnostic posé (et de celui de trouble panique également établi, cf. consid. 5 b/bb infra), une expertise bidisciplinaire a été mise en œuvre. Pour ce qui est du volet rhumatologique, une capacité de travail nulle dans les activités habituelles de coiffeuse et de sommelière et entière dans une activité adaptée depuis septembre 2012 a été retenue, en raison de lombopygialgies bilatérales, de cervicalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs modérés du rachis et de tendinite résiduelle du muscle sus-épineux gauche (cf. rapport des Drs W. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2014). C'est sur cette expertise que s'est fondé l'OAI pour rendre un projet de décision le 19 mai 2015, refusant l'octroi d'une rente. La procédure d'opposition qui s'en est suivie a porté uniquement sur les volets neurologique et psychiatrique. Toutefois, l'OAI, suivant l'avis du SMR, a tout de même jugé nécessaire de réaliser une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ comprenant un volet somatique. Les experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ n'ont retenu aucun diagnostic incapacitant sur ce plan-là. Ils ont mentionné que l'examen clinique avait montré une raideur moyenne, peu douloureuse de l'épaule gauche. D'ailleurs, les recherches de mise en tension des tendons des muscles de la coiffe des rotateurs et de recherche de conflit sous-acromial étaient négatives. Ils ont également relevé une douleur modérée du rachis cervical, une raideur du rachis lombaire en flexion, une discrète raideur de la hanche droite, une sciatalgie droite non déficitaire ainsi qu'une fasciite plantaire bilatérale uniquement mise en évidence lors de l'examen clinique, notamment à droite. Ils ont considéré que la recourante ne présentait finalement aucune limitation fonctionnelle sur le plan physique (cf. rapport du 23 juin 2017). Sur le plan somatique, aucun avis médical contraire ne vient par ailleurs remettre en cause les conclusions des experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_. bb) Sur le plan psychique, les médecins du SMR avaient posé les diagnostics non incapacitants de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, non décompensé, un épisode récurrent de dépression réactionnelle d'intensité moyenne en rémission ainsi que des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés dans l'enfance (cf. rapport du 20 mars 2006). Un trouble panique sur possible trouble de la personnalité non spécifié ayant été retenu par le Département D. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 mars 2011), puis un trouble de la personnalité par le Dr U. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 28 novembre 2012) ainsi que par le Centre de psychiatrie et psychothérapie S. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 mars 2013), il a été nécessaire de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire comportant un volet psychiatrique. L'expert Q. \_\_\_\_\_ a alors conclu à une capacité de travail de 70% dans toute activité, en raison

d'un trouble mixte de la personnalité, et ce depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011, date à laquelle la recourante avait pris contact avec la consultation psychiatrique de [...] (cf. rapport du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 6 octobre 2014). A la suite du projet de décision rendu le 19 mai 2015 par l'OAI, refusant à l'assurée l'octroi d'une rente, un examen neurologique a mis en évidence les signes d'une altération sévère de la mémoire antérograde (verbale), présente dès la phase d'encodage, les éléments d'un dysfonctionnement exécutif et attentionnel sévère, avec un ralentissement de la vitesse de traitement de l'information et un défaut de flexibilité mentale, les autres fonctions cognitives évaluées cliniquement ou à l'aide de différentes épreuves (langage oral, praxies, gnosies, programmation et inhibition) étant globalement dans les normes (cf. rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ du 16 juin 2015). Le Dr K. \_\_\_\_\_ ne s'est toutefois pas prononcé sur la capacité de travail de l'assurée en lien avec ces constatations. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ a, pour sa part, conclu à une capacité de travail nulle sur le plan psychique en raison d'une comorbidité psychiatrique sévère d'évolution chronique (cf. rapport du 8 juillet 2015). Compte tenu des avis médicaux divergents, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, portant notamment sur le plan psychiatrique, s'est révélée nécessaire. Les experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ ont ainsi retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble mixte de la personnalité avec des traits émotionnellement labile de type borderline et de personnalité évitante, présent depuis le début de l'âge adulte et décompensé depuis mars 2013, ainsi que d'agoraphobie avec trouble panique présente également depuis le début de l'âge adulte. De leur rapport du 23 juin 2017, il ressort que l'activité habituelle aussi bien en tant que coiffeuse que sommelière n'est plus exigible de la part de la recourante. En revanche, ils ont conclu à une capacité de travail de 70% depuis mars 2011 puis de 50% dès juin 2015 dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles suivantes : difficultés relationnelles (évitement social, repli social), hostilité, difficultés dans la gestion des émotions, difficultés dans la gestion des tâches administratives, hypersensibilité au stress, apparition périodique de phase de décompensation, éviter les endroits confinés, troubles mnésiques). Les experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ expliquent de manière circonstanciée pour quelle raison ils retiennent une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée à partir de juin 2015. Ils précisent en effet que c'est à ce moment que sont apparus des troubles cognitifs à mettre sur le compte du trouble de la personnalité et du trouble anxieux, dont les préoccupations envahissent l'attention de l'expertisée. Le mois de juin 2015, qui correspond à la date de l'examen neuropsychologique du Dr K. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 juin 2015), marque ainsi le début de l'aggravation de l'état de santé de la recourante, avec un impact plus significatif sur sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Quant à la capacité de travail de 70% retenue depuis le mois de mars 2011, elle résulte du rapport d'examen psychiatrique du Dr Q. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 25 septembre 2014), dans lequel ce médecin avait pris pour point de départ le mois de mars 2011, date à laquelle la recourante avait été en consultation auprès du Département D. \_\_\_\_\_ du Centre hospitalier M. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 16 mars 2011). On relèvera à cet égard que dans le rapport d'examen clinique du SMR du 20 mars 2006, établi dans le cadre de la procédure d'opposition à la suite de la décision de refus du 25 mai 2004, aucun diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail n'avait été retenu. Ce n'est en effet que lors de la consultation psychiatrique intervenue en mars 2011 que le diagnostic de trouble panique sur possible trouble de la personnalité a été posé. La recourante soutient que le rapport d'expertise du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ ne satisfait pas aux nouveaux critères posés par la jurisprudence en matière d'atteintes à la santé psychique sans toutefois

développer son argument. En effet, elle ne démontre pas en quoi les constats des experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_ seraient insuffisamment motivés quant au caractère incapacitant des différentes atteintes d'ordre psychiatrique diagnostiquées. Du reste, comme le mentionne la jurisprudence (cf. consid. 4c) supra ), le fait qu'une expertise n'a pas été établie selon les nouveaux standards posés par la jurisprudence ne suffit pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. Il faut en effet procéder à un examen global et déterminer si l'expertise en question permet ou non une appréciation concluante. En l'espèce, elle permet une telle appréciation dès lors que les experts ont posés des diagnostics clairs et se sont prononcés de manière circonstanciée sur l'effet de ces diagnostics sur la capacité de travail de la recourante. Les médecins consultés ont d'ailleurs fait eux-mêmes l'éloge de cette expertise qu'ils ont décrite comme étant de grande qualité. Par ailleurs, même si le rapport ne mentionne pas expressément les indicateurs, on peut en dégager une appréciation satisfaisante, dans la mesure où les experts ont précisé que l'expertisée n'avait pas eu de comportement démonstratif ou majorant lors des examens (cf. rapport d'expertise, p. 30), démontrant ainsi l'absence d'incohérences, et qu'elle n'avait que peu de ressources, étant isolée et n'ayant que des interactions sociales avec des professionnels de la santé (cf. rapport d'expertise, p. 43). On relèvera encore que les rapports médicaux des Drs Z. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 18 octobre 2017) et B. \_\_\_\_\_ (cf. rapport du 19 novembre 2017), psychiatres-traitants de la recourante, produits dans le cadre de la procédure administrative, ne permettent pas de remettre en question les constats des experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_. En effet, ces deux praticiens relèvent partager l'avis du Dr A. \_\_\_\_\_ quant aux diagnostics et aux limitations fonctionnelles retenus. La question de savoir si ces dernières sont compatibles avec une activité professionnelle sur le marché de travail ne relève quant à elle pas de la sphère médicale. c) Ainsi, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique, force est de constater que le rapport des experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_, fouillé, contient des conclusions détaillées et motivées, posées en pleine connaissance du dossier et de l'anamnèse de la recourante, ainsi que de ses plaintes. Il peut par conséquent se voir reconnaître une pleine valeur probante. d) En définitive, la détermination de la capacité de travail de la recourante par les experts du Centre d'expertise T. \_\_\_\_\_, eu égard aux atteintes à la santé que celle-ci présente, ne prête pas le flanc à la critique. C'est ainsi à bon droit que l'OAI a retenu une capacité de travail, dans une activité adaptée, de 70% à partir du mois de mars 2011, admettant ainsi une première aggravation de l'état de santé psychique de la recourante (sans toutefois que celle-ci n'ouvre le droit à une rente), puis de 50% à compter du mois de juin 2015, date à laquelle une seconde aggravation de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique peut être admise. 6. a) S'agissant du calcul du taux d'invalidité de la recourante, l'intimé a fait application de la méthode générale de comparaison des revenus, estimant que celle-ci pouvait continuer à travailler – d'abord à 70% puis à 50% – dans une activité simple et répétitive en tant qu'aide de bureau (activités tertiaires de type courrier/scannage) ou dans l'industrie légère. Contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas en quoi ces activités ne seraient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles. Comme l'a précisé le service de réadaptation de l'OAI (cf. communication du 24 mai 2018), les postes envisagés n'imposent pas de relations interpersonnelles particulières (pas de relations téléphoniques internes ou externes, de contacts avec la clientèle, de collaboration poussée ou de relations étroites à l'interne avec des collègues ou des responsables). Ce type d'activité offre en outre la possibilité de rester centré sur sa tâche, qui peut être exécutée moyennant un minimum de contacts avec autrui. Il s'agit enfin de travaux plutôt répétitifs, assez rapidement routiniers,

bien définis pour la journée et n'impliquant ni multitâches, ni imprévus. Certes, ce type d'activité impose des horaires de travail généralement fixes, mais cette limitation a été prise en compte dans le fait que l'exigibilité dans une activité adaptée est de 50% maximum. b) La recourante allègue contester le revenu annuel moyen ainsi que l'échelle de rente retenus par l'OAI et s'est réservée le droit de préciser ses conclusions en cours d'instance. Toutefois, bien que représentée, elle n'a pas indiqué en quoi elle critiquait les éléments retenus par l'OAI ni n'a précisé ses conclusions sur ce point de sorte que celles-ci sont irrecevables. Vérifiés d'office, les calculs du salaire exigible et, partant, du préjudice économique, opérés par l'OAI n'apparaissent pas critiquables, si bien que les taux d'invalidité de 28.12%, respectivement 52.4% peuvent être confirmés. 7. a) La recourante conteste le point de départ des rentes (un quart de rente puis une demi-rente) qui lui ont été allouées et considère avoir droit à de telles prestations dès juin 2011, dans la mesure où elle a déposé sa demande en novembre 2010. L'intimé a fait remonter la naissance du droit de la recourante à un quart de rente au mois de novembre 2015 et à une demi-rente au mois de février 2016. b) Au 1<sup>er</sup> novembre 2015, la recourante avait présenté une incapacité de travail moyenne de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (182 jours d'incapacité de travail à 30% pour la période antérieure au 1<sup>er</sup> juin 2015 et 183 jours d'incapacité de travail à 50% dès le 1<sup>er</sup> juin 2015). La recourante présentait par ailleurs, à cette date, un taux d'invalidité de 52% lui ouvrant le droit à une demi-rente de l'assurance-invalidité (art. 28 al. 1 et 2 LAI). Contrairement à l'avis de l'intimé, il n'y a pas lieu de poser comme condition supplémentaire à l'octroi d'une demi-rente dès le 1<sup>er</sup> novembre 2015 que l'assurée ait présenté, à cette date, une invalidité moyenne de 50% pendant une année sans interruption notable ; il n'est pas davantage nécessaire qu'elle ait présenté une incapacité de travail moyenne de 50% au moins pendant une année sans interruption notable. Dans la mesure où cette condition supplémentaire semble découler des directives de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité [CIIAI], dans sa version en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015, ch. 4002), ces directives ne peuvent être suivies. Il ressort au contraire de la jurisprudence du Tribunal fédéral que « si la personne assurée obtient en même temps une demi-rente et une rente entière qui lui succède, [...] cette transformation dépend d'une détérioration de la capacité de travail moyenne pendant trois mois seulement et non d'une incapacité de travail moyenne [...] pendant 360 jours » (ATF 121 V 264 consid. 6a in fine ; cf. également ATF 109 V 125 consid. 4a). En l'espèce, la détérioration de l'état de santé conduisant à un taux d'invalidité de 50% date du 1<sup>er</sup> juin 2015 et avait duré plus de trois mois lorsque le droit à la rente a pris naissance. Il n'y a aucun motif d'imposer un délai d'attente supplémentaire. 8. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision du 20 septembre 2019 étant réformée en ce sens que la recourante a droit à une rente d'invalidité à 50% à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2015. b) En dérogation à l'art. 61 let. A LPGA, la procédure de recours en matière de contestation 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 (art. 69 al. 1 bis première phrase LAI). En l'espèce, les frais de justice doivent être arrêtés à 400 fr. et être mis par 300 fr. à la charge de l'office intimé et par 100 fr. à la charge de la recourante qui n'obtient que partiellement gain de cause. Par ailleurs, assistée d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et de dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimé.

Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I.

Le recours est partiellement admis. II. La décision rendue le 13 mars 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée. III. La décision rendue le 20 septembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est réformée en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2015. IV. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis par 300 fr. (trois cents francs) à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud et par 100 fr. (cent francs) à la charge de P.\_\_\_\_\_. V. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à P.\_\_\_\_\_ le montant de 1'500 fr. (mille cinq cents 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 : ■ Me Philippe Nordmann (pour P.\_\_\_\_\_), ■ 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. 1LTF). La greffière :

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