

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 avril 2021

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Röthenbacher, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Jeanneret

* * * * *

Cause pendante entre :

F. _____, à [...], recourante, représenté par Unia Vaud,

et

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

Art. 6, 7, 8 al. 1, 16 et 17 LPGA ; 4 al. 1 et 28 LAI ; 88a al. 1 RAI

E n f a i t :

A. F._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé en tant que vendeuse en boulangerie auprès de B._____ SA dès septembre 2004. Elle a présenté une incapacité de travail totale dès le 15 août 2014 et a dès lors perçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain en cas de maladie M._____.

Le 11 septembre 2014, l'assurée a subi une intervention chirurgicale sur une hernie discale C6-C7.

Une reprise du travail à 50 % le 1^{er} décembre 2014 est suivie d'une nouvelle interruption totale dès le 5 janvier 2015.

Le 13 février 2015, le Dr T._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a adressé un rapport à M._____, dans lequel il posait le diagnostic d'épisode dépressif sévère (F 32) entraînant une incapacité de travail totale dès le 1^{er} janvier 2015. Il précisait qu'il s'agissait d'un nouveau diagnostic qui devenait la cause de l'incapacité de travail et qu'en ce qui concernait la cure chirurgicale de hernie discale cervicale C6-C7, les suites avaient été favorables de sorte que ce diagnostic ne constituait plus une cause d'incapacité de travail.

Le 7 mai 2015, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé). Dans le formulaire de détermination du statut qu'elle a rempli le 18 mai 2015, l'assurée a indiqué que, sans l'atteinte à sa santé, elle travaillerait à 100 % et que son salaire s'élevait à 4345 fr. brut treize fois par an.

L'OAI s'est fait remettre une copie du dossier de M._____ le 21 mai 2015 et un extrait du compte individuel AVS de l'assurée a été produit le 22 mai 2015, lequel faisait état de revenus salariés réalisés dès avril 1995 auprès de divers employeurs.

B._____ SA a remis à l'OAI le formulaire de l'employeur le 15 juin 2015. Il y est indiqué que l'horaire de travail normal dans l'entreprise était de 8,40 heures par jour, soit 42 heures par semaine, et que le salaire annuel de l'assurée sans atteinte à la santé serait de 56'485 fr., treizième salaire compris.

Dans un rapport d'expertise du 30 juin 2015 exécuté à la demande du médecin-conseil de M._____, le Dr J._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail d'épisode dépressif sévère, sans symptômes psychotiques F32.2, actuellement en rémission partielle, et de symptomatologie dépressive moyenne actuellement avec syndrome somatique F32.11, ainsi que les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de difficultés liées à l'emploi et au chômage Z56. L'expert considérait que la capacité de travail médico-théorique de l'assurée d'un point de vue purement psychiatrique auprès d'un autre employeur ou du chômage était nulle jusqu'au 31 août 2015, de 50 % du 1^{er} au 30 septembre 2015 et de 100 %, sans diminution de rendement, dès le 1^{er} octobre 2015. Il précisait que cette capacité pourrait atteindre 100 % plus rapidement, par exemple dès le 1^{er} août 2015, en l'absence de traitement antidépresseur.

Dans un certificat médical daté du 28 juillet 2015, le Dr T._____ a indiqué que l'assurée pourrait travailler à 50 % dès le 1^{er} août 2015 avec les limitations fonctionnelles suivantes : ne pas porter plus de 5 kg, ne pas devoir lever les bras de manière répétitive et travailler à la demi-journée, rappelant à cet égard que l'intéressée avait été opérée d'une hernie discale cervicale avec pose d'une cage intersomatique. Ce médecin a également transmis à l'OAI un certificat médical établi le 21 octobre 2014 par le Dr Y._____, spécialiste en neurochirurgie, qui attestait d'un arrêt de travail de 100 % dès le 24 octobre 2014, puis d'une reprise à 50 % du 1^{er} au 31 décembre 2014 et à 100 % à partir du 1^{er} janvier 2015.

Par courrier du 29 juillet 2015, prenant acte de la fin de son incapacité de travail de 100 % dès le 1^{er} août 2015, B. _____ SA a libéré l'assurée de son obligation de travailler jusqu'à la fin du contrat, résilié pour le 31 octobre 2015.

Le 28 septembre 2015, le Dr T. _____ a adressé un certificat médical à M. _____, par lequel il attestait d'une incapacité de travail de 50 % du 1^{er} août 2015 au 31 octobre 2015 et précisait que cette incapacité était liée à des motifs physiques, sa patiente présentant des douleurs invalidantes de la nuque et des trapèzes s'accompagnant d'une asthénie, de céphalées et de nausées.

Le 1^{er} octobre 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'un maintien au poste de travail, l'intéressée ayant conclu un contrat de durée déterminée avec son ancien employeur, devenu O. _____ Sàrl, du 22 septembre 2015 au 31 octobre 2015 pour un taux de présence de 50 %.

Dans un rapport établi le 18 octobre 2015 à la demande de l'OAI, le Dr Y. _____ a indiqué que la hernie discale C6-C7 dont souffrait l'assurée avait nécessité un traitement ambulatoire dès le 29 août 2014, le dernier contrôle ayant eu lieu le 15 juin 2015. Il a joint les rapports qu'il avait adressés au médecin traitant de l'assurée les 29 août et 23 octobre 2014, ainsi que le protocole opératoire du 12 septembre 2014. Il ressort en substance de ces documents que l'assurée présentait une hernie discale C6-C7 foraminale droite entrant en conflit avec la racine C7 droite, sans asymétrie des réflexes ostéo-tendineux. Étant donné la longue durée de la symptomatologie algique, le Dr Y. _____ avait procédé à une cure chirurgicale de la hernie discale par abord cervical antérieur, avec discectomie et également pose d'une cage le 11 septembre 2014. Après cette intervention, l'évolution avait été favorable, avec une disparition des brachialgies droites. Des séances de physiothérapie avaient été prescrites et la reprise du travail était prévue pour le 1^{er} décembre 2014 à 50 %, puis à 100 % dès le 1^{er} janvier 2015.

Le 20 octobre 2015, l'assurée a informé l'OAI du fait qu'elle était en interruption de travail à 100 % jusqu'au 20 novembre 2015, date de son rendez-vous avec un neurochirurgien. Elle a précisé ultérieurement que son employeur n'avait pas respecté le taux d'activité convenu de 50 %, lui demandant certains jours de travailler à presque 100 %, et qu'il l'avait licenciée pour le 30 octobre 2015 (cf. note d'entretien téléphonique du 26 octobre 2015).

Dans un rapport établi le 27 octobre 2015 à la demande de M. _____, le Dr T. _____ a posé les diagnostics de douleurs cervico-scapulo-brachiales gauches, de status après microdiscectomie C6-C7 avec cure d'une hernie discale C6-C7 foraminale droite et pose d'une cage intersomatique le 11 septembre 2014, ainsi que de trouble dépressif réactionnel depuis janvier 2015, en rémission. Il exposait que l'assurée avait repris le travail à 50 % selon les indications du médecin-conseil de l'assurance, mais qu'elle avait dû stopper cette nouvelle activité en raison de fortes douleurs dans sa nuque, majoritairement du côté gauche, irradiant son bras gauche et accompagnées d'une tension nerveuse avec fatigue, maux de tête et nausées. L'activité reprise était presque identique à celle précédemment exercée, à un taux de 50 %.

Le Dr T. _____ a en outre transmis une copie d'un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale du 15 octobre 2015 établi par la Dre I. _____, spécialiste en radiologie. Cette médecin concluait à l'existence de légers phénomènes dégénératifs et discopathies, d'une légère herniation discale médiane en C4-C5, médiane et paramédiane gauche en C5-C6 entrant en contact avec la racine C7 gauche et pouvant également entrer en conflit avec la racine C6 gauche, ainsi que de petits kystes radiculaires cervico-inférieurs et dorsaux prédominant en C7-D1 à gauche et D1-D2 à droite (rapport de la Dre I. _____ du 16 octobre 2015).

Dans un rapport du 23 novembre 2015 adressé au médecin traitant, le Dr Y. _____ a indiqué que l'assurée présentait des cervico-brachialgies à gauche irradiant jusque dans la main. L'IRM de la colonne

cervicale avait montré une légère augmentation de taille d'une hernie C5-C6 paramédiane et foraminale gauche qui était déjà visible sur l'IRM de 2014, tandis que la situation dans la zone opérée était stable. Les douleurs étant en diminution sous physiothérapie et l'assurée ne présentant pas actuellement de franc syndrome radiculaire C6 gauche mais plutôt des douleurs qui irradiaient depuis le pli du coude à gauche jusque dans l'épaule (trajet ascendant de la douleur), le Dr Y. _____ ne retenait pas l'indication à une intervention neurochirurgicale et préconisait la poursuite de la physiothérapie.

Mandaté par M. _____ pour procéder à une expertise, le Dr C. _____, spécialiste en rhumatologie, a rendu son rapport le 29 décembre 2015. Ce médecin a posé les diagnostics de status après cure de hernie discale C6-C7 foraminale droite et pose d'une cage intersomatique le 11 septembre 2014 avec évolution favorable, de cervico-brachialgies gauches liées à une hernie discale C5-C6 médio-latérale gauche (qui a augmenté de taille par rapport à 2013) et d'état anxio-dépressif en réactivation récente. Il a précisé que le status tant neurologique que cervical était « peu inquiétant », mais qu'il avait interpellé le Dr T. _____ au sujet de l'état dépressif. S'agissant du traitement, l'expert indiquait qu'il n'y avait pas de nouvelle indication opératoire, la physiothérapie devant être poursuivie dès lors qu'elle apportait une amélioration notable. Cela étant, il considérait que la reprise d'une activité n'était pas exigible, au vu de l'état thymique et des douleurs cervico-brachiales gauches. Il estimait cependant qu'avec la reprise d'un médicament antidépresseur et la poursuite d'une physiothérapie, une reprise du travail à 50 % serait exigible dans une activité adaptée dès le 1^{er} février 2016, puis à 100 % dès le 1^{er} avril 2016. Il décrivait l'activité adaptée comme un travail ne nécessitant pas des activités en force et en hauteur des membres supérieurs ainsi qu'en extension de la région cervicale. Il n'avait pas de limitation à apporter pour les lombosciatalgies gauches mineures et estimait que les capacités seraient potentiellement complètes puisque l'assurée avait de bonnes capacités d'adaptation et une volonté de reprendre une activité. Enfin, il indiquait que les risques de récurrence de l'état dépressif étaient « certains

avec par voie de conséquence une possible évolution vers des troubles somatoformes douloureux persistants », chez une patiente « volontaire mais déstabilisée par des conflits professionnels ».

Mandaté par l'OAI pour procéder à un bilan d'orientation professionnelle, le Centre G. _____ a rendu un rapport le 12 janvier 2016. Le bilan avait mis en avant de nombreuses compétences et qualités chez l'assurée, qui disposait d'une expérience professionnelle riche malgré l'absence de diplôme suisse. Certains freins à la réinsertion avaient été déterminés. Outre les limitations fonctionnelles liées à son état de santé, il était relevé en particulier le besoin de l'assurée d'éviter le stress car elle évoluait à un rythme plus réduit. Dès lors, les possibilités d'accéder aux métiers de la vente ou de la restauration paraissaient limitées, l'assurée ne pouvant plus effectuer les nettoyages ou les rangements, ni travailler sous pression. Plusieurs pistes de réinsertion avaient néanmoins été déterminées, tels le travail de bureau comme réceptionniste ou secrétaire dans un environnement à but social ou dans un cabinet médical, la traduction ou encore le contrôle de qualité.

Dans un avis du 13 janvier 2016, le Service médical régional de l'OAI (SMR), par le Dr H. _____, a relevé que l'activité de vendeuse dans une boulangerie était partiellement compatible avec les limitations fonctionnelles définies par le Dr C. _____, en ce sens que cela dépendait de l'aménagement du magasin (hauteur des rayonnages pour les produits lourds). Le médecin estimait par ailleurs qu'il n'y avait aucune limitation qui empêcherait l'assurée de faire du service dans un salon de thé et qu'elle pouvait également avoir une activité de caissière dans un supermarché. Il recommandait la mise en place immédiate d'une aide au placement pour faciliter la reprise professionnelle.

Le 10 février 2016, l'OAI a octroyé une mesure d'intervention précoce sous la forme d'un coaching du 25 janvier au 30 avril 2016, avec pour objectif un accompagnement à la reprise d'une activité professionnelle. Dans ce cadre, un stage a été mis en place auprès d'un

magasin S._____, avec un taux d'activité de 50 % pouvant ensuite être augmenté à 100 %.

Prévu pour durer du 7 mars au 30 avril 2016, le stage a été interrompu au bout d'une semaine par l'assurée. Elle se plaignait de douleurs au niveau de la nuque et dans le bras, ainsi que des maux de tête, en raison des mouvements répétitifs et du port de charges lors de la mise en place dans les rayons.

Le 24 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée du fait qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était possible au motif que la situation médicale n'était pas encore stabilisée.

Dans un rapport établi le 17 juillet 2016 à la demande de l'OAI, le Dr T._____ a indiqué que sa patiente avait dû stopper son stage dans le magasin S._____ en raison de douleurs cervicales irradiant dans le membre supérieur gauche, de céphalées, de nausées et de fatigue, plaintes qui devenaient des douleurs chroniques. Il estimait que la capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse était nulle, l'assurée ne supportant pas de porter des charges même inférieures à 10 kg pendant une demi-journée. Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, il se ralliait aux avis émis par les Drs J._____ et C._____ en l'absence d'élément nouveau. Il indiquait que sa patiente prenait un traitement médicamenteux composé d'un antalgique, d'un anti-inflammatoire en réserve et d'un myorelaxant et qu'elle suivait une physiothérapie spécialisée. Elle ne prenait pas de traitement antidépresseur parce qu'il n'y avait pas de critère permettant de définir un état dépressif. Le Dr T._____ ajoutait que sa patiente était déçue par l'attitude des médecins-conseils et experts qui affirmaient qu'elle disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, ce dont elle déduisait que ses plaintes n'étaient pas prises au sérieux.

Le Dr T._____ a joint par ailleurs un rapport que la Dre R._____, spécialiste en rhumatologie, lui a adressé le 29 avril 2016. Cette médecin constatait que l'examen du rachis, l'examen neurologique

ainsi que le bilan biologique effectué en avril 2015 étaient « de bon pronostic malgré les antécédents chirurgicaux », lesquels avaient atteint leur but de stabiliser et guérir la névralgie cervico-brachiale. Elle ajoutait que c'était « sans doute en raison de cet excellent résultat que l'aptitude à 50 % puis à 100 % au 1^{er} avril 2016 a été donnée par Monsieur le Dr C. _____ ». Elle préconisait dès lors de plus amples investigations en lien avec d'éventuelles comorbidités pouvant avoir un impact sur les douleurs cervicales et la pérennisation des symptômes, soit en particulier une éventuelle hypertension, un début de glaucome et des soins dentaires. Elle considérait par ailleurs qu'un arrêt de travail à 50 % était tout à fait justifié jusqu'à stabilisation de la pression artérielle, un arrêt à 100 % pouvant même être nécessaire jusqu'à la fin du bilan. Elle ajoutait que sa patiente présentait deux restrictions fonctionnelles définitives, soit éviter l'élévation des membres supérieurs au-delà de l'horizon, surtout avec des charges répétitives au-delà de 2 kg, et éviter totalement l'hyper-extension et les rotations du rachis cervical. Le Dr T. _____ a également transmis à l'OAI un rapport établi le 2 juin 2016 par le Dr V. _____, spécialiste en cardiologie, lequel excluait toute hypertension.

En février 2017, la Fondation [...] a été mandatée par l'Office régional de placement [...] (ORP), qui a suivi l'assurée dans le cadre de son inscription à l'assurance-chômage, afin d'évaluer le potentiel de réinsertion de l'assurée. Selon le rapport établi le 31 mars 2017 par cet organisme, il a été tenu compte des limitations de santé suivantes : éviter le port répétitif de charges supérieures à 2 kg, l'élévation des membres supérieurs au-delà de l'horizontale, les mouvements de flexion-extension du rachis et surtout du rachis cervical avec rotation, veiller à l'alternance des positions et proposer une reprise progressive entre 20 et 50 %. Un stage comme ouvrière de production légère a été mis en place dès le 5 mars 2017 auprès de W. _____ Sàrl. L'assurée a toutefois indiqué après trois jours qu'elle ne pouvait continuer en raison des vives douleurs ressenties, les mouvements répétitifs ne lui convenant pas et la nuque lui faisant mal. Un entretien de réseau s'est ensuite tenu le 31 mars 2017, lors duquel toutes les cibles évoquées (employée de bureau, vendeuse,

employée de production légère) ont été écartées en raison des limitations de santé actuelles.

Dans un avis SMR du 10 mai 2017, le Dr H. _____ a constaté que, depuis le précédent avis SMR du 13 janvier 2016, il n'y avait eu qu'un seul rapport médical le 17 juillet 2016, dans lequel le Dr T. _____ confirmait ne pas s'opposer aux conclusions des expertises des Dr J. _____ et C. _____, et indiquait que sa patiente n'était plus sous traitement antidépresseur. S'agissant de la mesure mise en place par l'OAI auprès d'un magasin S. _____, le Dr H. _____ indiquait qu'il ne pouvait émettre de commentaire à ce propos, ne disposant d'aucun élément sur le contenu du travail demandé à l'assurée, ni d'élément objectif sur une incapacité de travail liée à ce stage autre que les allégations de douleurs de l'intéressée. Il concluait dès lors au maintien des conclusions du rapport SMR de janvier 2016.

L'ORP a encore adressé l'assurée à la Société [...], qui a organisé un stage de vendeuse à 50 % auprès du magasin de vêtement N. _____ dès le 1^{er} septembre 2017, avec pour objectif de faire un bilan des tâches réalisables et des limites physiques et intellectuelles causées par l'état de santé. La mesure a cependant été interrompue le 6 septembre 2017 pour raison de santé. Dans son rapport final, la personne responsable du stage a mentionné que l'assurée était expérimentée dans le métier de la vente et connaissait très bien les exigences inhérentes à ce secteur d'activité, mais qu'elle était fortement handicapée dans la bonne réalisation des tâches demandées en raison de ses soucis de santé, ne pouvant déballer la marchandise ni la mettre en rayon, tandis que le moindre mouvement la faisait souffrir, même des gestes simples comme manipuler la caisse (cf. rapport final de N. _____, transmis par l'assurée à l'OAI le 9 octobre 2017).

Le 11 octobre 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente, selon lequel il envisageait de lui octroyer une rente entière du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016, puis une demi-rente du 1^{er} mai au 30 juin 2016. Sur la base des pièces médicales, l'office

considérait que l'assurée avait récupéré un capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} février 2016 et de 100 % dès le 1^{er} avril 2016, et ce dans toute activité qui ne nécessitait pas des activités en force et en hauteur des membres supérieurs, ainsi qu'une extension de la colonne cervicale, de sorte que l'activité de vendeuse, notamment en boulangerie/confiserie, était adaptée, pour autant qu'il n'y ait pas de rayonnages en hauteur. L'incapacité de travail ayant duré plus d'une année, le droit à une rente d'invalidité limitée dans le temps était reconnu. La demande de prestation n'ayant été déposée que le 8 mai 2015, une rente ne pouvait être accordée que six mois plus tard, soit dès le 1^{er} novembre 2015.

Le 14 octobre 2017, à la demande de l'assurée, le Dr T. _____ a adressé plusieurs documents à l'OAI, dont en particulier un bilan sanguin du 27 septembre 2017 et un rapport établi le 2 octobre 2017 par le Dr L. _____, spécialiste en gastroentérologie, dont il ressortait que la coloscopie effectuée le même jour était dans les limites de la norme. Le Dr T. _____ a en outre rédigé une « attestation médicale », dans laquelle il déclarait que l'assurée ne pouvait pas effectuer les mesures qui lui étaient proposées malgré son souhait de pouvoir travailler. Dès qu'elle commençait une activité, elle se plaignait de douleurs de la nuque et du bras gauche, lesquelles pouvaient s'accompagner de céphalées, de vertiges et de nausées. Ces plaintes avaient motivé la remise de certificats d'incapacité totale de travail.

Le 9 novembre 2017, représentée par Unia Vaud, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Rappelant l'échec des deux mesures d'accompagnement à la réinsertion professionnelle mises en place en 2017, en raison de ses limitations fonctionnelles et de son état de santé, l'assurée contestait l'appréciation selon laquelle elle disposerait d'une capacité de travail de 100 % dans toute profession ne nécessitant pas d'activité en force et en hauteur des membres supérieurs ni d'extension de la colonne cervicale. Elle relevait également qu'il était difficilement concevable d'envisager qu'une activité de boulangère puisse s'exercer sans rayonnages en hauteur. Elle ajoutait qu'elle avait obtenu des certificats médicaux évaluant son incapacité de travail à 50 % dans le

seul but de tester des programmes d'emploi temporaires. Ces programmes s'étaient toutefois révélés impraticables, ce dont elle inférait que tant son incapacité de travail que son incapacité de gain étaient de 100 %. Elle concluait par conséquent à l'octroi d'une rente entière de durée indéterminée depuis le 1^{er} mai 2016. A l'appui de son écriture, l'assurée a notamment déposé les pièces suivantes :

- Une attestation établie le 23 octobre 2017 par son conseiller ORP, mentionnant que l'assurée a été suivie à l'agence [...] dès le 1^{er} février 2016 et que, durant cette période, il avait été demandé au médecin de traitant d'établir des certificats de capacité de travail de 50 % afin que l'assurée puisse « tester des mesures d'emploi ». C'était l'assurée qui avait sollicité la possibilité de faire ces tests et elle avait adopté un comportement irréprochable. Une nouvelle mesure de placement paraissait cependant irréaliste, en raison de l'état de santé de l'assurée et des exigences des employeurs sur le marché du travail.
- Un rapport du Dr T. _____ à l'ORP du 1^{er} novembre 2017, dans lequel ce médecin déclarait que l'assurée présentait une incapacité de travail définitive dès le 7 septembre 2017. Il pensait qu'une nouvelle mesure ou un placement sur le marché du travail, même à temps partiel, n'était pas réaliste en raison de l'état de santé de sa patiente et des exigences des employeurs sur le marché du travail. Il ajoutait que l'incapacité de travail de 50 % précédemment attestée était le taux minimal demandé pour pouvoir tester les mesures d'emploi, que l'assurée avait « joué le jeu honnêtement », mais qu'elle avait dû interrompre les mesures après quelques jours car elle présentait de fortes douleurs de la nuque et du bras gauche, avec des céphalées, des nausées et des vertiges.

Le 10 novembre 2017, le Dr T._____ a adressé une « attestation médicale » à l'OAI, dans laquelle il contestait la notion de récupération d'une capacité de travail à 50 % de l'assurée dès le 1^{er} février 2016, retenue dans le projet de décision. Il exposait qu'il s'agissait en réalité d'une « simple projection volontaire du médecin-conseil » de M._____. Il s'étonnait par ailleurs que la décision ne fasse pas allusion aux mesures de réinsertion qui avaient été entreprises et répétait que les certificats d'incapacité de travail de 50 % n'avaient été délivrés à ce taux qu'aux fins de permettre à l'assurée de bénéficier de mesures proposées par le Service de l'emploi.

Par courrier d'Unia Vaud du 4 décembre 2017, se fondant sur le courrier du Dr T._____ précité, l'assurée a complété sa contestation en faisant valoir que la décision de l'OAI ne tenait pas compte de l'évolution de son état de santé depuis l'expertise du Dr C._____ et qu'il fallait prendre en considération les facteurs invalidants décrits par le Dr T._____ dans ses récents rapports, à savoir des douleurs à la nuque et au bras gauche, des maux de tête, des nausées et des vertiges.

L'OAI a soumis une nouvelle fois le dossier au SMR, lequel a préconisé, le 24 avril 2018, de procéder à une expertise bi-disciplinaire psychiatrique et rhumatologique, en précisant que les documents au dossier ne suggéraient pas d'autre pathologie et que l'augmentation des douleurs semblait directement liée à l'activité exercée.

Les Drs P._____, spécialiste en rhumatologie, et Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, tous deux médecins auprès du SMR et experts certifiés SIM (Swiss Insurance Medicine), ont déposé leur rapport le 20 mai 2019. Dans le cadre de leur examen, les médecins ont vu l'assurée les 24 et 25 avril 2019 et ont eu connaissance des résultats des IRM effectuées les 2 avril 2013, 11 août 2014, 15 octobre 2015, 8 novembre 2016 et 21 septembre 2018. Ils ont posé le diagnostic, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicobrachialgie à prédominance gauche et, accessoirement, de lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis, avec hernie discale C5-C6

gauche et status après cure de hernie discale C6-C7 droite par microdiscectomie avec pose d'une cage intersomatique. Ils ont également posé le diagnostic associé de tendinopathie du long chef du biceps gauche, ainsi que le diagnostic, sans répercussion sur la capacité de travail, de status post-épisode dépressif. S'agissant des limitations fonctionnelles, uniquement d'ordre rhumatologique, les experts ont retenu ce qui suit :

« *rachis* : nécessité de pouvoir alterner 2x-3x /heure la position assise et la position debout, de préférence à la guise de l'assurée. Pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas de mouvement répété de flexion-extension de la nuque, pas de rotation rapide de la tête, pas de position prolongée en flexion ou extension de la nuque.
MSup (membres supérieurs) : pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 70°, pas de lever de charges de plus de 2-5 kg avec les MSup. »

Ils ont confirmé qu'il existait une incapacité de travail (IT) totale dès le 15 août 2014 sur le plan rhumatologique. Depuis lors, l'IT était restée totale dans l'activité de vendeuse en boulangerie, mais l'assurée avait retrouvé une capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles (LF) de 50 % dès le 1^{er} février 2016 et de 70 % dès le 1^{er} avril 2016, dates à partir desquelles l'aptitude à suivre une mesure de réadaptation existait dans la même proportion. Sur le plan psychiatrique, la situation avait justifié une IT totale du 5 janvier au 15 septembre 2015, date à partir de laquelle elle n'avait plus d'impact sur la capacité de travail. Ils mentionnaient enfin que, sur le plan rhumatologique, les troubles dégénératifs du rachis risquaient de s'aggraver à long terme.

Le 28 juin 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un nouveau projet d'acceptation de rente, remplaçant celui du 11 octobre 2017. Il envisageait de lui accorder une rente entière dès le 1^{er} novembre 2015, une demi-rente dès le 1^{er} mai 2016, puis un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2016. L'office constatait que le droit à la rente pouvait prendre effet au plus tôt le 1^{er} novembre 2015, que l'incapacité de travail totale liée à une atteinte psychiatrique incapacitante avait pris fin le 14 septembre 2015

tandis que, sur le plan rhumatologique, une incapacité de travail totale était reconnue dans l'activité habituelle dès le 15 août 2014, mais qu'il existait une capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles et raisonnablement exigible de 50 % dès le 1^{er} février 2016 puis de 70 % dès le 1^{er} avril 2016, les limitations étant celles décrites dans l'examen bi-disciplinaire du 20 mai 2019. L'office a procédé à une comparaison des salaires en prenant comme base, pour le revenu avec atteinte à la santé, les données statistiques fédérales relatives aux activités non qualifiées du domaine de la production et des services en 2016, avec un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles. Il a précisé que l'activité adaptée dans laquelle l'assurée pourrait mettre sa capacité de travail résiduelle en valeur était un travail simple et répétitif dans le domaine industriel léger, citant à titre d'exemples le montage, le contrôle ou la surveillance d'un processus de production et le conditionnement de matériel léger.

Le 28 août 2019, le Dr T. _____ a rempli un questionnaire d'évaluation de l'état de santé de l'assurée. Il a mentionné le diagnostic de douleurs chroniques de la nuque et du bras gauche, après microdiscectomie C6-C7 avec cure d'une hernie discale C6-C7 foraminale droite et pose d'une cage intersomatique le 11 septembre 2014. Un traitement comprenant des séances de physiothérapie et une médication antalgique, anti-inflammatoire et myorelaxante était prescrit pour soulager les douleurs. Le médecin ajoutait que sa patiente ne supportait pas de rester longtemps dans la même position (assise ou debout), que, dès qu'elle faisait un effort avec ses membres supérieurs, elle ressentait des tensions douloureuses dans la nuque irradiant dans le bras gauche avec des maux de tête, des vertiges et des nausées, qui l'obligeaient à s'arrêter quelques heures et nécessitaient plusieurs jours avant de récupérer son état antérieur, à savoir des douleurs supportables. Le Dr T. _____ indiquait ne connaître aucune activité adaptée à ce handicap et s'interrogeait sur les éléments qui avaient amené les médecins du SMR et médecins-conseils des assurances à conclure qu'il existait une capacité de travail résiduelle. Il considérait pour sa part que la capacité de gain de

l'assurée, même dans une activité adaptée, était quasi nulle tant durant la période du 1^{er} mai au 30 juin 2016 qu'après le 1^{er} juillet 2016.

Par courrier du 30 août 2019, représentée par Unia Vaud, l'assurée a contesté le projet de décision du 28 juin 2019. S'appuyant principalement sur le rapport du Dr T. _____ du 28 août 2019, elle faisait valoir que, dès le 1^{er} mai 2016, sa capacité de travail était nulle, y compris dans une activité adaptée, ce qui avait été démontré par l'échec des diverses mesures tentées en 2017 dans des activités présentées comme adaptées à ses contraintes de santé. Elle produisait par ailleurs l'avis médical établi le 30 mai 2017 par le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil du Service de l'emploi, en relevant que les deux restrictions fonctionnelles constatées par ce médecin n'avaient pas été prises en compte. Dans ledit rapport, le Dr B. _____ mentionnait les restrictions médicales suivantes :

« Activité simple, ne nécessitant pas d'effort de concentration (éviter toute contraction d'efforts au niveau de la nuque et des épaules). Eventuellement avec rendement diminué.

Limitation du poids de travail à 2 kg pour l'instant, pas de mouvements répétitifs flexion-extensions de la nuque, idem pour rotation nuque et épaules, pas de porte-à-faux du tronc répétitifs, alternance des positions, pas de travail avec les mains au-dessus des épaules. »

Le rapport du Dr B. _____ faisait par ailleurs état d'une capacité de travail de 50 % dans son activité si elle respectait les limitations, ainsi que d'une capacité de travail de 50 % puis, à terme, de 100 % dans toute autre activité respectant ses limitations. Il précisait que l'assurée devait être soutenue « dans son envie de bien faire », car elle avait tendance à trop forcer, ce qui avait conduit à deux échecs de reprise. Il fallait ainsi commencer « tout doucement » et lui trouver rapidement un stage de réhabilitation/reconditionnement avec les limitations indiquées et en les observant bien pour ensuite augmenter l'effort après quatre à six semaines.

Par courrier du 10 octobre 2019, l'OAI a informé l'assurée du fait que son projet de décision était fondé sur l'examen clinique réalisé au

SMR les 24 et 25 avril 2019, dont la valeur probante était identique à celle d'une expertise. Les appréciations des deux examinateurs du SMR n'étaient pas remise en cause par des éléments objectivables dans le rapport du Dr T. _____ du 28 août 2019, tandis qu'elles confirmaient l'appréciation du Dr C. _____ dans son expertise de décembre 2015. En conséquence, l'OAI indiquait que son projet de décision était intégralement maintenu et qu'une décision établissant le montant des prestations conforme à ce projet serait prochainement notifiée par la caisse de compensation compétente.

Par décision du 3 décembre 2019, l'OAI a octroyé un quart de rente d'invalidité valable à compter du 1^{er} janvier 2020, avec la précision que la notification de cette décision était destinée à éviter tout retard, car l'éventuelle compensation du paiement rétroactif avec des prestations déjà versées devait être déterminée, l'assurée devant recevoir ultérieurement une décision avec effet rétroactif. Dans la motivation jointe à cette décision, il était exposé que le droit de l'assurée à une rente entière dès le 1^{er} novembre 2015, une demi-rente dès le 1^{er} mai 2016 puis à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2016, était reconnu. La motivation reprenait pour le surplus les éléments figurant dans le projet de décision du 28 juin 2019.

B. Par acte du 17 janvier 2020, toujours représentée par Unia Vaud, F. _____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision de l'OAI du 3 décembre 2019, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée à compter du 1^{er} mai 2016, subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants du jugement à intervenir. Elle reprenait l'argumentation développée dans sa contestation du projet de décision du 28 juin 2019.

Par réponse du 16 mars 2020, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse, renvoyant à cet égard, en particulier, à la proposition juriste du 8 octobre 2019 figurant dans son

dossier d'instruction. Ledit avis constatait en substance que le rapport médical du Dr T. _____ du 28 août 2019 ne faisait que confirmer ce qui avait déjà été mentionné par le passé sans faire état de nouveaux éléments objectifs.

Par déterminations du 8 juin 2020, la recourante a insisté sur le fait que l'intimé passait sous silence ses nombreuses tentatives de réinsertion professionnelle, alors qu'il s'agissait d'éléments d'importance centrale puisqu'ils étaient postérieurs pour la plupart aux réductions de rente contestées et mettaient en évidence l'incapacité totale de travail et de gain.

Par réplique du 24 juin 2020, l'intimé a fait valoir que, sur le plan médico-théorique, le stage d'observation n'avait apporté aucun élément concret supplémentaire par rapport à ceux déjà mis en évidence par l'examen clinique réalisé au SMR les 24 et 25 avril 2019. Il maintenait par conséquent sa conclusion tendant au rejet du recours.

Par ordonnance du 5 août 2020, constatant que la décision objet du recours portait sur la période courant dès le 1^{er} janvier 2020 et qu'une décision était annoncée s'agissant de la période antérieure, ce qui justifiait une suspension de cause jusqu'à droit connu sur cette décision et un éventuel recours, la juge instructrice a imparti un délai au 3 septembre 2020 aux parties pour se déterminer à ce sujet.

Par courrier du 25 août 2020, l'intimé a indiqué que la caisse de compensation responsable de rendre la décision sur le rétroactif avait rendu celle-ci le 20 décembre 2019, de sorte qu'une suspension de cause n'était pas nécessaire. L'intimé a produit dite décision, laquelle se référait au courrier du 10 octobre 2019 et déterminait les montants applicables pour la rente entière du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016, pour la demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 juin 2016 puis pour le quart de rente d'invalidité du 1^{er} juillet 2016 au 31 décembre 2018 et du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019. La motivation de la décision était similaire à celle de la décision du 3 décembre 2019.

Par courrier du 18 septembre 2020, la recourante a pris acte de la décision fournie par l'intimé et demandé la poursuite de la présente procédure de recours.

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).

La décision ou la décision sur opposition porte en principe sur un ou plusieurs rapport(s) juridique(s). Le dispositif de la décision règle le rapport juridique comme tel. La motivation de la décision se rapporte à l'ensemble des éléments de fait et de droit qui conduisent à ce dispositif. Chacun de ces éléments constitue l'un des aspects de la motivation, dont dépend finalement le dispositif de la décision (ATF 125 V 413 consid. 2a et 2b).

b) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si le recourant ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d).

Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI). Toutefois, même si l'assuré ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure (cf. TFA I 567/99 du 17 avril 2000 consid. 1b ; CASSO AI 175/19

- 374/2020 du 10 novembre 2020 consid. 3b ; CASSO AI 288/18 - 121/2019 du 24 avril 2019 consid. 2b).

c) En l'espèce, l'intimé a rendu deux décisions. La première, datée du 3 décembre 2019, octroie à compter du 1^{er} janvier 2020 un quart de rente d'invalidité. La seconde, datée du 20 décembre 2019, fixe les arrérages de rentes pour la période du 1^{er} novembre 2015 au 31 décembre 2019, composés d'une rente entière du 1^{er} novembre 2015 au 30 avril 2016, d'une demi-rente d'invalidité du 1^{er} mai au 30 juin 2016, puis d'un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2016. La recourante a dirigé son recours uniquement contre la première décision, mais a conclu à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2016, visant ainsi non seulement la période réglée par la première décision, mais également celle relevant de la seconde décision.

Or, les deux décisions successives sont fondées sur le même état de fait et la même motivation que l'intimé avait communiqués à la recourante dans son projet de décision du 28 juin 2019 puis confirmés dans son courrier du 10 octobre 2019. Elles concernent en outre une seule et même demande de prestations de la recourante, qui se voit octroyer une rente échelonnée. La première mentionne d'ailleurs que la décision est prise pour éviter tout retard et que le calcul du rétroactif et des compensations avec des prestations déjà versées fera l'objet d'une décision ultérieure. En d'autres termes, la décision contestée constitue le règlement partiel du rapport juridique complexe présenté dans le cadre de la procédure de préavis et c'est manifestement par inadvertance que la recourante a laissé échapper le délai de recours contre la décision du 20 décembre 2019. Par conséquent, nonobstant cette omission, c'est bien le rapport juridique dans son ensemble qui doit être examiné par la Cour de céans. Est donc litigieux le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement le taux d'incapacité de travail.

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.

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

Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est

versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI).

c) Une décision qui simultanément accorde une rente avec effet rétroactif et en prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression, respectivement octroie une rente pour une durée limitée, correspond à une décision de révision selon l'art. 17 LPGA (ATF 133 V 263 consid. 6.1 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 130 V 343 consid. 3.5 ; 125 V 413 consid. 2d). Aux termes de cette disposition, si le degré d'invalidité du bénéficiaire subit une modification notable, la rente est d'office ou sur demande révisée pour l'avenir (augmentée, réduite, supprimée). Tout changement important des circonstances propres à influencer le droit à la rente peut motiver une révision au sens de l'art. 17 LPGA (TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 4.1).

A teneur de l'art. 88a al. 1 RAI (règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période ; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

4. a) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le juge - se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent un élément important pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les

références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Ainsi, c'est aux experts médicaux qu'il appartient d'évaluer l'état de santé de la personne assurée et les répercussions de celui-ci sur la capacité de travail. Le Tribunal fédéral a également jugé que les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites notamment à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée. Les données médicales constituent un élément important pour l'appréciation juridique de la question des travaux pouvant encore être exigés de l'assuré. Elles peuvent si nécessaire être complétées pour évaluer la capacité fonctionnelle pouvant être mise économiquement à profit par l'avis des spécialistes de l'intégration et de l'orientation professionnelles. Dans les cas où les appréciations (d'observation professionnelle et médicale) divergent sensiblement, il incombe à l'administration, respectivement au tribunal – conformément au principe de la libre appréciation des preuves – de confronter les deux évaluations et, au besoin, de requérir un complément d'instruction (TF 9C_441/2019 consid. 3.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier

(anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

c) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

d) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en lien avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain

que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, deuxième phrase, LPGA ; ATF 141 V 281 consid. 3.7.1 ; 127 V 294 consid. 4c in fine ; 102 V 165). Avant tout, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'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 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6).

b) Le Tribunal fédéral a introduit un schéma d'évaluation du droit à une rente de l'assurance-invalidité au moyen d'indicateurs, dans les cas de troubles somatoformes douloureux et d'affections psychosomatiques assimilées (ATF 141 V 281 consid. 4). S'agissant de l'application de cette jurisprudence, le Tribunal fédéral l'a d'abord étendue aux dépressions moyennes et légères (ATF 143 V 409), puis à tous les troubles psychiques (ATF 143 V 418). Cette jurisprudence n'influe cependant pas sur celle rendue en lien avec l'art. 7 al. 2 LPGA qui requiert la seule prise en compte des conséquences de l'atteinte à la santé et qui impose un examen objectivé de l'exigibilité, étant précisé que le fardeau de la preuve matérielle incombe à la personne requérante (ATF 141 V 281 consid. 3.7). 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).

c) Une fois le diagnostic posé, la capacité de travail réellement exigible doit être examinée 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. 4.1.1). Cette grille d'évaluation comprend un examen du degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, avec notamment une prise en considération du caractère plus ou moins prononcé des éléments pertinents pour le

diagnostic, du succès ou de l'échec d'un traitement dans les règles de l'art, d'une éventuelle réadaptation ou de la résistance à une telle réadaptation, et enfin de l'effet d'une éventuelle comorbidité physique ou psychique sur les ressources adaptatives de l'assuré. Il s'agit également de procéder à un examen de la personnalité de l'assuré avec des exigences de motivation accrue (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et les références citées).

6. a) En l'espèce, l'intimé s'est fondé principalement sur le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR du 20 mai 2019, pour retenir que l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale dans toute activité dès le 15 août 2014 et qu'elle avait ensuite retrouvé une capacité de travail dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles et raisonnablement exigible de 50 % dès le 1^{er} février 2016, puis de 70 % dès le 1^{er} avril 2016.

La recourante conteste avoir retrouvé une capacité de travail dans une activité adaptée, en se fondant principalement sur les rapports établis à l'issue des trois stages de réinsertion tentés dès mars 2016. La recourante déduit de l'échec de ces trois tentatives de reprise d'une activité professionnelle qu'il n'existe pas d'activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Force est toutefois de constater qu'aucun de ces trois stages n'a impliqué la participation d'un médecin et qu'ils n'ont donc pas pu faire l'objet d'appréciations médicales. Ce constat a d'abord pour corollaire que la cour de céans ne peut pas mettre en œuvre la réquisition de la recourante présentée en p. 4 de son recours (ch. III). En outre, dans la mesure où l'évaluation de la capacité de travail relève de l'appréciation du corps médical, les rapports établis à l'issue de ces stages ne peuvent entrer en ligne de compte dans le cadre de cet examen et c'est donc à juste titre que l'intimé n'en fait pas mention dans sa décision.

Au demeurant, s'agissant des tentatives de réinsertion dans un magasin S. _____ en mars 2016, puis dans le magasin N. _____ en septembre 2017, quand bien même il n'existe pas de descriptif précis des tâches confiées à la recourante dans le cadre de ces stages, il apparaît

d'emblée qu'il s'agissait d'activités proches, voire similaires, de celle de vendeuse précédemment déployée par la recourante. Il ressort en effet des rapports de stage que l'intéressée devait procéder notamment à la mise en rayon des produits ainsi qu'à la tenue de la caisse, soit des tâches impliquant de soulever des objets de façon répétée. Il est cependant désormais unanimement reconnu que la recourante présente une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 15 août 2014, notamment parce que ces gestes sont contre-indiqués au vu de ses limitations fonctionnelles. Les échecs de ces deux stages permettent ainsi tout au plus de confirmer l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Quant au stage d'ouvrière de production légère auprès de W. _____ Sàrl proposé par l'ORP en mars 2017, l'absence de descriptif précis des tâches ne permet pas de déterminer si cette activité tenait véritablement compte des limitations fonctionnelles de la recourante telles que retenues par le Dr P. _____. Cependant, l'assurée a mis fin à ce stage en disant qu'elle ressentait de vives douleurs à la nuque en raison des mouvements répétitifs liés à son activité, ce qui suggère que les limitations fonctionnelles relatives aux mouvements de la nuque n'étaient pas respectées dans ce poste de travail. Quoi qu'il en soit, l'échec de ce stage ne permet pas en soi de conclure que la recourante n'aurait pas de capacité de travail dans une activité adaptée. En outre, il y a lieu de relever, à l'instar de l'intimé, que le rapport relatif au stage effectué auprès de W. _____ Sàrl ne mentionne pas d'élément allant dans le sens de limitations fonctionnelles supplémentaires par rapport à celles relevées par le Dr P. _____ en 2019 et qui justifierait une plus ample instruction.

b) La recourante s'est également prévalu de l'attestation établie le 23 octobre 2017 par l'ORP, en particulier de la remarque selon laquelle il avait été demandé au médecin traitant d'établir un certificat de capacité de travail de 50 % pour permettre la mise en place des mesures d'emploi, un tel taux étant le minimum requis pour pouvoir y participer. Elle fait ainsi valoir que le taux de capacité de travail reconnu par le Dr T. _____ durant cette période était une fiction uniquement destinée à lui permettre de bénéficier de mesures de réinsertion professionnelle, mais qu'en réalité sa capacité de travail était nulle dans toute activité.

Outre le fait que l'attestation invoquée n'émane pas d'un médecin, elle est contredite par le rapport établi le 30 mai 2017 par le médecin-conseil du Service de l'emploi. Celui-ci a considéré, au terme d'un examen qui a eu lieu quelques temps après l'échec du stage auprès de W._____ Sàrl, que la recourante pouvait encore exercer toute profession respectant ses limitations fonctionnelles, y compris son activité habituelle, d'abord à un taux de 50 %, puis à terme à un taux de 100 %. Ainsi, l'attestation de l'ORP du 23 octobre 2017 ne démontre pas que la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée serait restée nulle postérieurement à février 2016.

c) La recourante fonde encore son recours sur un rapport de son médecin traitant établi le 28 août 2019, dans lequel celui-ci exposait en particulier que la capacité de gain de l'intéressée était quasi-nulle en raison de ses douleurs chroniques dans la nuque et le bras gauche.

Il convient en premier lieu de relever que, dans le rapport d'examen bi-disciplinaire du 20 mai 2019, le médecin rhumatologue a reconnu, par son diagnostic, l'existence de douleurs à différents niveaux de la colonne vertébrale et des membres supérieurs (« cervicobrachialgie », notamment). Il a en outre considéré que les troubles présentés par la recourante entraînaient des limitations fonctionnelles incompatibles avec l'activité de vendeuse en boulangerie exercée en dernier lieu par l'intéressée, ce que l'intimé a constaté dans sa décision en admettant une incapacité de travail totale et définitive dans l'activité habituelle dès le 15 août 2014. Quant aux limitations fonctionnelles déterminées par l'expert, elles se recoupent largement avec celles listées par le Dr C._____ dans son rapport d'expertise rhumatologique du 29 décembre 2015. Par rapport à son confrère, le Dr P._____ a ajouté notamment la nécessité de pouvoir alterner les positions assise et debout plusieurs fois par heure et précisé que la recourante ne devait pas soulever des charges de plus de 2 à 5 kg avec les membres supérieurs.

A cet égard, la Dre R._____, rhumatologue traitante de la recourante, exposait dans son rapport du 29 avril 2016, que le pronostic était bon et que les conclusions du Dr C._____ concernant la capacité de travail de 50 % étaient justifiées, réservant uniquement l'éventualité d'émettre un arrêt de travail complet durant la période nécessaire pour procéder à un bilan des comorbidités possible et stabiliser la pression artérielle de l'intéressée. Or, les investigations ultérieures n'ont pas confirmé d'atteinte cardio-vasculaire (cf. rapport du Dr V._____ du 2 juin 2016), ni la présence d'autres comorbidités. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles évoquées par la Dre R._____ dans son rapport du 29 avril 2016 sont de même nature que celles déterminées par les Dr C._____ et P._____.

Dans son rapport du 30 mai 2017, le Dr B._____ a également déterminé des limitations fonctionnelles du même ordre. Ce médecin précisait uniquement que la nécessité d'éviter toute contraction d'effort au niveau de la nuque et des épaules signifiait que l'activité adaptée ne devait pas impliquer d'effort de concentration. Cela étant, comme déjà relevé, ce médecin considérait que la recourante présentait une capacité de travail dans toute activité de 50 % au début et de 100 % à terme, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées.

Quant au Dr T._____, il renvoyait expressément, dans son rapport du 17 juillet 2016, aux limitations fonctionnelles définies par le Dr C._____ et n'est plus revenu sur cette question dans ses écrits ultérieurs. Seul son rapport du 28 août 2019, mis en exergue par la recourante, mentionne encore que l'intéressée ne supporte pas de rester longtemps dans la même position, assise ou debout (cf. rapport du Dr T._____ du 28 août 2019, question n° 4), à l'instar des Drs B._____ et P._____. Ainsi, tout en se fondant sur des limitations fonctionnelles de même nature que celles retenues par les autres médecins qui ont examiné la recourante, le Dr T._____ est le seul à émettre un avis divergent sur l'existence d'une capacité de travail partielle de la recourante dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, sur ce sujet, ses conclusions ne sont pas étayées par des constats cliniques en relation

avec les atteintes dont souffre sa patiente, mais sont uniquement le relai des plaintes de sa patiente durant les tentatives de réinsertion professionnelles. Il est cependant vraisemblable que les stages mis en place par l'ORP en 2017 ne respectaient pas strictement les limitations fonctionnelles de la recourante, tandis que les mesures mises en place précédemment par l'OAI ont été tentées durant une période où il est reconnu par l'expert que la capacité de travail de l'intéressée était inexistante dans toute activité. Par conséquent, il ne ressort pas de ce dernier rapport du Dr T._____ d'élément susceptible de remettre sérieusement en cause les conclusions du Dr P._____. De surcroît, l'appréciation du Dr P._____ est fondée, non seulement sur une analyse complète des pièces mises à sa disposition, mais également sur un examen de la recourante. Elle est bien expliquée et les conclusions médicales sont motivées de manière cohérente et convaincante. Il y a par conséquent lieu d'admettre que le rapport d'examen du 20 mai 2019 répond aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante.

d) Sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expert Q._____ ne sont pas remises en question par la recourante. On relèvera également que le rapport du Dr T._____ du 28 août 2019 ne comporte aucune remarque particulière quant à l'état psychique de sa patiente.

L'expert psychiatre J._____, qui avait vu la recourante en juin 2015, avait déjà considéré que les troubles psychiatriques diagnostiqués étaient en rémission partielle et pronostiquait la reprise d'une capacité de travail de 50 % dès le 1^{er} septembre 2015, puis complète dès le 1^{er} octobre 2015. Pour sa part, le Dr T._____ avait précisé le 28 septembre 2015 que seules les affections physiques justifiaient l'incapacité de travail de 50 % qu'il avait attestée dès le 1^{er} août 2015. Il avait ensuite confirmé dans son rapport du 27 octobre 2015 que les troubles psychiatriques étaient en rémission. Enfin, si l'expert rhumatologue C._____ a mentionné que la recourante présentait un état dépressif justifiant la reprise d'un médicament antidépresseur dans son rapport du 29 décembre 2015, force est de constater qu'il s'agissait d'un avis sortant de son domaine de compétence, adressé au Dr T._____ pour toute suite

utile, mais non d'un diagnostic répondant aux strictes exigences posées par la jurisprudence. Du reste, aucun rapport du Dr T._____, notamment, ne fait état de la prise d'un médicament antidépresseur ou d'un suivi psychothérapeutique. Dès lors, en l'absence d'un diagnostic sur le plan psychiatrique pour la période postérieure à la date du 15 septembre 2015 retenue par le Dr Q._____, il ne se justifie pas de procéder à l'instruction exigée par la jurisprudence (ATF 141 V 281).

e) En définitive, aucune pièce médicale au dossier ne permet de contrer les appréciations médicales des Drs P._____, et Q._____, sur lesquelles s'est fondé l'intimé pour retenir que la recourante dispose d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % depuis le 1^{er} février 2016, puis de 70 % dès le 1^{er} avril 2016. Cette appréciation doit donc être confirmée.

7. Il reste à examiner le degré d'invalidité retenu par l'intimé à compter du 1^{er} mai 2016. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus avec et sans invalidité (art. 16 LPGA ; cf. consid. 3b ci-dessus).

a) Selon la jurisprudence, pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait - au degré de la vraisemblance prépondérante - réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par la personne assurée avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; TF 9C_719/2015 du 3 juin 2016 consid. 6.2). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (par ex. : TF 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

b) Comme le revenu sans invalidité, le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité

lucrative dans une profession adaptée, ou lorsque son activité ne met pas pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible, le revenu avec invalidité peut être évalué en se référant aux données salariales publiées tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique (OFS) dans l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 ; 126 V 75 consid. 3b ; 124 V 321 consid. 3b/aa).

aa) Pour une personne ne disposant d'aucune formation professionnelle dans une activité adaptée, il convient en règle générale de se fonder sur les salaires bruts standardisés (valeur centrale) dans l'économie privée (tableaux TA1_skill_level), tous secteurs confondus (RAMA 2001 n° U 439 p. 347). Les salaires bruts standardisés dans l'ESS correspondent à une moyenne de travail de 40 heures par semaine et il convient de les adapter à la durée hebdomadaire moyenne dans les entreprises pour l'année prise en considération. On tiendra également compte de l'évolution des salaires nominaux, pour les hommes ou les femmes selon la personne concernée, entre la date de référence de l'ESS et l'année déterminante pour l'évaluation de l'invalidité (ATF 129 V 408 consid. 3.1.2). Cette année correspond en principe à celle lors de laquelle le droit éventuel à la rente prend naissance (ATF 134 V 322 consid. 4.1 ; 129 V 222 consid. 4.3.1).

bb) L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que l'âge, le handicap, les années de services, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidité est nécessaire. La jurisprudence admet d'appliquer une déduction de 25 % au maximum pour en tenir compte (ATF 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75 consid. 4 et 5).

En effet, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être

engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne. L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui ne doit être revue que s'il a été exercé de manière contraire au droit, relevant de l'excès positif ou négatif de ce pouvoir d'appréciation ou d'un abus de celui-ci, notamment si des critères inappropriés ont été retenus, si des circonstances pertinentes n'ont pas été prises en compte, si un examen complet des circonstances n'a pas été fait ou s'il n'a pas été fait usage de critères objectifs (TF 9C_673/2010 du 31 mars 2011 consid. 4.1).

cc) La jurisprudence considère cependant que, dans l'ESS, le niveau 4 de qualification (correspondant aux activités simples et répétitives) dans les secteurs de la production et des services recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes. En conséquence, il s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers, de sorte que ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce que les intéressés seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides (cf. TF 9C_444/2010 du 20 décembre 2010 consid. 2.3 et les références citées ; TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3). Par ailleurs, est seule déterminante la question de savoir dans quelle mesure la capacité de gain résiduelle de l'assuré peut être exploitée économiquement sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui. Il n'y a pas lieu d'examiner si l'assuré peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail résiduelle lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (TFA I 339/02 du 2 avril 2003 consid. 4.3.3).

c) Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit éventuel à la rente ; les

revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, être prises en compte (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 et les références citées ; TF 9C_104/2009 du 31 décembre 2009 consid. 5.2).

8. En l'espèce, l'intimé a examiné l'impact de l'évolution de l'état de santé sur le degré d'invalidité en tenant compte d'un délai de trois mois à compter du début de chaque modification, conformément à l'art. 88a al. 1 RAI.

a) S'agissant du revenu sans atteinte à la santé, l'intimé s'est fondé sur le salaire indiqué sur le formulaire rempli par l'employeur le 15 juin 2015, qui se rapportait à l'année 2014, et l'a correctement indexé à 2016, année de la naissance tant du droit à la demi-rente et que du droit au quart de rente. Le montant de 57'107 fr. 92 peut donc être retenu.

b) En ce qui concerne le revenu avec l'atteinte à la santé, l'intimé s'est référé au salaire mensuel brut de référence ressortant des données statistiques ESS de l'année 2016, soit 4363 fr. pour un emploi à plein temps et 40 heures de travail par semaine (ESS 2016, TA1_skill_level, niveau de compétence 1 [correspondant aux tâches physiques ou manuelles simples]), et a rapporté ce montant à la durée normale du travail hebdomadaire dans les entreprises de 41.7 heures en 2016 (Durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique, publiée par l'OFS), puis aux taux de 50 % et 70 % correspondant aux taux de capacité de travail dans une activité adaptée reconnus par les experts. Ce calcul est conforme à la jurisprudence. La recourante n'a d'ailleurs pas contesté ces chiffres.

c) L'intimé a appliqué une réduction supplémentaire de 10 % afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Cet abattement supplémentaire n'est pas critiquable en soi, dans la mesure où les limitations fonctionnelles reconnues par le Dr P._____ sont plus étendues que celles que la jurisprudence englobe dans le niveau de

compétence de l'ESS correspondant aux tâches simples. Il apparaît cependant généreux, eu égard aux qualités personnelles et aptitudes professionnelles relevées dans le bilan de compétence effectué par le Centre G._____ début 2016. Dès lors, pour autant qu'ils fussent déterminants dans le cas d'espèce, ni l'âge de la recourante (51 ans en 2016) ni le taux d'activité ne sauraient justifier un abattement supplémentaire.

Par ailleurs, les échecs des stages dont se prévaut la recourante ne permettent pas de considérer qu'un changement de profession ne serait pas exigible. En outre, ces tentatives ne sauraient en soi démontrer l'inexistence d'une quelconque activité adaptée. Il en va de même du constat fait par l'ORP dans son attestation du 23 octobre 2017 quant au caractère irréaliste de nouvelles mesures de placement de la recourante. Cette remarque se rapporte en effet à la situation concrète du marché du travail et non sur les possibilités existantes dans un marché du travail équilibré, qui sont seules déterminantes en matière d'assurance-invalidité. Tel est le cas également de l'indication du Dr T._____, notamment dans son rapport du 28 août 2019, selon laquelle il ne connaît pas d'activité adaptée aux lésions fonctionnelles de sa patiente, considération qui sort de toute manière de son champ de compétence. Il convient ainsi de retenir qu'un marché du travail équilibré offre suffisamment d'activités simples et adaptées aux lésions fonctionnelles de la recourante.

d) Dès lors, les revenus avec invalidité déterminants pour le calcul du degré d'invalidité s'élèvent à 24'561 fr. 51 pour la période où la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50 %, respectivement à 34'386 fr. 11 depuis que cette capacité de travail est de 70 %. Après comparaison avec le revenu sans invalidité, on constate avec l'intimé que le préjudice économique est de 32'546 fr. 41, soit 56.99 %, pour la première période, respectivement de 22'721 fr. 81, soit 39.79 % pour la seconde. Ces taux donnent droit, en vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, à une demi-rente puis à un quart de rente (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

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

b) En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (applicable dans sa teneur au 31 décembre 2020 en vertu de l'art 83 LPGA), la procédure de recours en matière 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 à la charge de la recourante, qui succombe (cf. art. 49 al. 1 LPA-VD).

c) Enfin, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 3 décembre 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de la recourante.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Unia Vaud (pour F. _____),
- 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 :