

VD_FINDINFO AI 285/19 - 9/2020 vom 28. November 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AI_285_19_-_9_2020

FR: VD_FINDINFO AI 285/19 - 9/2020 du 28 novembre 2019

IT: VD_FINDINFO AI 285/19 - 9/2020 del 28 novembre 2019

Regeste

AI{ASSURANCE}, À TITRE VOLONTAIRE, CARACTÈRE ONÉREUX, MEMBRE D'UNE COMMUNAUTÉ RELIGIEUSE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 28a al. 1 LAI, 6 LPGA, 27 RAI

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.11.2019 AI 285/19 - 9/2020

AI{ASSURANCE}, À TITRE VOLONTAIRE, CARACTÈRE ONÉREUX, MEMBRE D'UNE COMMUNAUTÉ RELIGIEUSE, ADMISSION DE LA DEMANDE | 28a al. 1 LAI, 6 LPGA, 27 RAI

TRIBUNAL CANTONAL AI 285/19 - 9/2020 ZD19.035402 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 28 novembre 2019 _____ Composition : Mme Durussel , présidente M. Métral et Mme Dessaux, juges Greffière : Mme Juillerat Riedi ***** Cause pendante entre : Q. _____ , à Vevey, recourante, représenté par Me Antoine Campiche, avocat à Lausanne et A. _____ , à Vevey, intimé, _____ Art. 28a al. 1 LAI ; 27 RAI ; 6 LPGA E n f a i t : 1. Après avoir obtenu un CFC d'employée de commerce le 25 juin 1986, Q. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, a occupé quelques emplois avant de partir pendant vingt ans aux Etats-Unis, puis trois ans en Amérique latine pour le mouvement P. _____. L'assurée est revenue en Suisse en 2011 et a travaillé de février à mai 2011 à la Clinique [...] en qualité d'employée de commerce, mais le contrat n'a pas été poursuivi au-delà de la période d'essai. Depuis avril 2016, l'assurée travaille comme bénévole en qualité d'employée de commerce au sein du mouvement P. _____, sans percevoir de revenu, mais l'établissement lui met à disposition un logement pour 300 fr. par mois et elle bénéficie de certains repas gratuits. Selon le site internet de P. _____, cette organisation se présente comme un mouvement [...] qui a pour but de connaître Dieu et le faire connaître ; il est composé de [...] dont les activités s'articulent autour de [...]. L'institution est composée uniquement de bénévoles de tous âges et tous les collaborateurs doivent trouver leur propre soutien financier puisqu'ils ne reçoivent aucun salaire de l'organisation. L'extrait du compte individuel indique que l'assurée a cotisé dès 1996 en qualité de personne sans activité lucrative, sous réserve de quelques mois pendant lesquels elle a été employée en entreprise. 2. a) Le 8 septembre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), au motif qu'elle était atteinte de sclérose en plaques depuis fin 2003. Elle a déclaré être sans activité lucrative, œuvrant bénévolement pour P. _____ en faisant des travaux de secrétariat, et elle a ajouté qu'elle n'envisageait pas de reprendre un emploi. Cependant, lors de la détermination de son statut, elle a indiqué que son taux d'activité en qualité d'employée de commerce serait de 100% si

elle n'était pas atteinte dans sa santé. b) Dans un rapport médical du 27 janvier 2017, la Dre [...], médecin adjointe du service de neurologie du [...], et la Dre [...], médecin assistante de ce même service, ont posé le diagnostic de sclérose en plaques de forme poussée/rémission avec unique poussée sous forme de diplopie et trouble de l'équilibre depuis le 30 novembre 2002. Elles ont constaté que l'évolution neurologique était relativement stable sur le plan clinique, sous réserve de l'absence d'examen neuropsychologique détaillé, mais ont relevé une nette poussée sur le plan radiologique avec neuf lésions nouvelles à l'étage cérébral sans lésion active et trois lésions médullaires ainsi que le développement d'une nette progression de l'atrophie cérébrale par rapport à l'examen de 2003. Dans ces conditions, un traitement immunomodulateur s'imposait. Sur le plan neuro-ophtalmique, le Dr [...], médecin chef de l'Unité de neuro-ophtalmologie du [...], a constaté le 3 mars 2017 une minime neuropathie optique bilatérale subclinique, asymptomatique, un upbeat nystagmus asymptomatique dans le regard vers le haut et une minime séquelle d'une probable ophtalmoplégie internucléaire droite asymptomatique. Il a ajouté que l'assurée était peu gênée par cette diplopie transitoire, de sorte qu'il avait été convenu de ne rien faire en l'état. Un bilan neurologique a été effectué le 4 avril 2017 par la Prof. [...], cheffe du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du [...], et [...], psychologue, qui a mis en évidence un sévère ralentissement dans les tests de l'attention, une dysfonction exécutive modérée sur les plans cognitifs et comportemental, une fatigabilité intellectuelle modérée associée à des troubles mnésiques modérés à sévères tant dans le domaine verbal que visuo-spatial. Le 31 août 2017, les Drs [...] et [...], médecin assistant du service de neurologie du [...], ont constaté que l'évolution sur le plan neurologique était inchangée depuis la dernière consultation, le traitement de Tecfidera étant bien toléré. Ils ont relevé que la mise en évidence de troubles cognitifs lors du bilan était de nature à diminuer partiellement la capacité de travail et qu'une évaluation de la capacité de travail devait être faite par le service de neuropsychologie. Une nouvelle consultation en neuropsychologie par la Prof. [...] en octobre 2017 a confirmé une relative stabilité de la situation, l'assurée présentant par ailleurs une bonne compliance au traitement. Selon la Prof. [...], l'assurée disposait d'une capacité de travail de 40-50%. Le 6 novembre 2017, la Dre [...], spécialiste en médecine interne, a confirmé le diagnostic et indiqué que l'assurée était au bénéfice d'un traitement de Tecfidera depuis le mois de mai 2017. Selon cette médecin, l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail 40-50% tant dans l'activité habituelle que dans l'activité adaptée depuis janvier 2017 en raison d'une fatigabilité intellectuelle, de trouble mnésique, de difficulté d'écriture et de dysfonction exécutive. Le 9 janvier 2018, la Prof. [...], médecin associée au service de neurologie du [...], et la Dre [...], médecin assistante du même service, ont à nouveau constaté que l'évolution clinique restait inchangée depuis la dernière consultation, sous traitement Tecfidera bien toléré. Lors de la consultation du 16 août 2018, la Prof. [...] et le Dr [...], médecin assistant du service de neurologie du [...], ont observé que la situation radio-clinique était stable, sous traitement de dimethyl fumarate, avec toujours une diplopie horizontale fluctuante, principalement lors de la conduite, des troubles de l'équilibre, une difficulté à initier la miction ainsi que des difficultés d'écriture, tant sur le plan de la concentration, de l'attention que de la motricité fine de la main droite. Ils ont proposé la prise en charge d'une rééducation neurologique que l'assurée a toutefois refusée. Ils ont précisé que l'assurée poursuivait son activité volontaire à 100% auprès de P._____. c) Dans un avis médical du 1 er novembre 2018, le Dr [...], médecin au SMR, a confirmé l'existence de troubles cognitifs dans un contexte de sclérose en plaques connue depuis 2002 avec aggravation depuis janvier 2017. Il a suggéré de décrire les activités

bénévoles de l'assurée et de les traduire en termes de métier dans l'économie. Le 14 novembre 2018, l'assurée a précisé qu'elle travaillait sans rémunération pour P. _____ dans l'administration et la comptabilité. Elle tenait les comptes bancaires et postaux, s'occupait du paiement des factures, collectait les paiements des étudiants, répondait aux téléphones, courriers, emails et établissait des factures pour le personnel. Lors de l'entretien du 4 janvier 2019 avec une spécialiste en réinsertion professionnelle de l'OAI, l'assurée a déclaré travailler à 100% pour P. _____ depuis 2012 et a confirmé être sans revenu. Elle a déclaré avoir des difficultés à écrire à la main mais qu'elle pouvait se servir d'un ordinateur. La juriste de l'OAI a conclu que l'assurée s'était toujours contentée de vivre de la façon dont elle vivait auprès de P. _____ et à leurs conditions et que les tâches effectuées avant et après l'aggravation de l'atteinte à la santé étaient les mêmes, de sorte qu'il n'y avait pas de préjudice économique. Le rapport final établi par la spécialiste en réinsertion professionnelle le 29 janvier 2019 observe également que l'assurée est satisfaite de la situation et ne cherche pas de travail rémunéré, de sorte qu'il n'y a pas de préjudice économique. Le droit aux mesures d'orientation professionnelle n'est donc pas ouvert. Dans un rapport médical du 11 mars 2019, le Dr [...] a estimé qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation des neurologues du [...] et a noté que le traitement exigible était en place. d) Par projet de décision du 4 avril 2019, l'OAI a rejeté la demande de mesures professionnelles et de rente. L'assurée s'y est opposée en arguant notamment qu'elle travaillait au secrétariat de P. _____ à concurrence de 50% et en invoquant une incapacité de travail de 50%. Le 4 juin 2019, la Prof. [...] et la Dre [...], médecin assistante du service de neurologie du [...], ont noté que l'assurée présentait toujours un handicap lié à la sclérose en plaques avec en particulier des séquelles cognitives conduisant à une limitation de l'activité professionnelle, estimée à 50%. Par décision du 21 juin 2019, l'intimé a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a indiqué que celle-ci avait fait un choix de vie en rejoignant durant de nombreuses années le mouvement P. _____ pour y effectuer du secrétariat bénévolement. L'assurée devait donc être considérée comme étant sans activité lucrative. La comparaison de sa situation avant et après l'aggravation de l'atteinte à la santé de janvier 2017 montrait que l'activité au sein du mouvement était restée identique et que sa situation, sans réalisation de gain, n'avait pas changé. Il n'y avait donc pas de préjudice économique. e) Dans une déclaration écrite du 20 août 2019, [...], directeur de P. _____, a indiqué que l'assurée avait rejoint cette institution en avril 2016. Il a précisé que, comme elle était venue comme volontaire, ils n'avaient jamais compté les heures et le taux d'activité initial était difficile à évaluer mais il n'avait pas dépassé 50%. Le cahier des charges de l'assurée contenait de l'administration, donc du secrétariat, courrier, fax, emails, contrôle des comptes, paiement de factures, facturation, réception de paiements. Il a ajouté qu'il avait vu l'état de santé de l'assurée se dégrader, qu'elle avait commencé à oublier des choses, que ses mouvements étaient plus lents, qu'elle avait de la peine avec l'apprentissage de nouveautés et que sa capacité à gérer des situations complexes avait diminué. Il a estimé que pour le monde du travail, elle serait trop lente et sa capacité à gérer le stress trop limitée. Dans la vie quotidienne, il a remarqué que l'assurée se fatiguait rapidement, perdait souvent l'équilibre et tombait parfois. Il a conclu qu'avec les progrès de la maladie, l'institution ne sera plus capable de lui offrir un cadre adapté à ses besoins. Pour la remplacer dans ses tâches, il faudrait qu'il engage une personne à 30%. 3. Par acte du 22 août 2019, l'assurée a recouru contre la décision du 21 juin 2019, concluant, avec suite de frais et dépens, à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} février 2018, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour

complément d’instruction puis nouvelle décision. Le 2 octobre 2019, l’OAI a conclu au rejet du recours. Dans ses déterminations du 15 octobre 2019, la recourante a maintenu ses conclusions. 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 estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a et 96 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d’invalidité. 3. a) Dans le domaine de l’assurance-invalidité, une personne assurée ne peut prétendre à une rente que si sa capacité de gain ou sa capacité d’accomplir ses travaux habituels ne peut être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (art. 28 al. 1 let. a LAI). Il faut encore qu’elle ait présenté une incapacité de travail d’au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et qu’au terme de cette année, elle soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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) Pour évaluer le degré d’invalidité, il existe principalement trois méthodes – la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte – dont l’application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. aa) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d’être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l’ampleur de la diminution des possibilités de gain de l’assuré, en comparant le revenu qu’il aurait pu obtenir s’il n’était pas invalide avec 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 ; c’est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28 a al. 1 LAI en corrélation avec l’art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; cf. également TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4). bb) Chez les assurés qui n’exerçaient pas d’activité lucrative avant d’être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu’ils en exercent une, il y a lieu d’effectuer une comparaison des activités,

en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). L'art. 7 al. 2 LPGA est applicable par analogie, à savoir que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance aux proches, puis les tâches relevant d'une communauté religieuse (art. 27 RAI). Les indices qui plaident contre l'hypothèse de travaux habituels sont, par exemple, l'absence d'obligations familiales ou d'enfants ou de proches nécessitant des soins (ATF 141 V 15, arrêt du TF 9C_615/2016) ou la réduction du taux d'occupation pour avoir plus de temps libre ou pour exercer des activités de loisirs (ATF 131 V 51, arrêts du TF 8C_846/2015 et 9C_764/2010). L'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels doit être évaluée selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité. L'application de cette méthode nécessite l'établissement d'une liste des activités - qui peuvent être assimilées à une activité lucrative - que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334 consid. 4.2 et les références citées). Les activités relevant des travaux habituels sont celles qui satisfont au critère de la tierce personne, c'est-à-dire que ce sont typiquement des activités qui peuvent être assumées par des tiers contre rémunération lorsque l'assuré n'est plus en mesure de les accomplir lui-même. Font partie de ces activités celles qui sont nécessaires dans le ménage et peuvent être comparées à une activité lucrative, l'éducation des enfants, ainsi que les soins et l'assistance aux proches mais pas les occupations purement de loisirs auxquelles devraient être assimilées les activités artistiques (sauf si elles permettent de générer un revenu) ou d'utilité publique (Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 52 ad art. 16 LPGA). En effet, les activités facultatives en dehors du ménage, par exemple les activités artistiques ou d'utilité publique, ne peuvent être assimilées à une activité lucrative, et donc reconnues comme relevant des travaux habituels, que dans des cas exceptionnels (cf. ATF 130 V 360, consid. 3.3.2). Il n'a pas été jugé nécessaire de les régler de manière générale dans le RAI, raison pour laquelle elles ne sont pas explicitement mentionnées. Les activités artistiques ou d'utilité publique doivent être assimilées à des occupations purement de loisirs dans la mesure où elles ne seraient pas assurées par un tiers contre rémunération (Modification du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, Evaluation de l'invalidité pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel (méthode mixte), rapport publié sous www.bsv.admin.ch, ch. II, 1.2. et ch. III 1.). Par travaux habituels des religieux ou religieuses, on entend l'ensemble de l'activité à laquelle se consacre la communauté (art. 27 al. 2 RAI). Pour évaluer l'activité que l'on peut encore attendre de l'assuré après la survenance de son invalidité, on ne tient pas seulement compte de l'activité qu'il a exercée jusque-là, mais de toutes les activités qui pourraient lui être assignées au sein de sa communauté. Ainsi, la personne membre d'une communauté religieuse, que son invalidité contraint à renoncer au ministère qu'elle exerçait hors les murs, mais qui pourrait cependant

effectuer, au moins partiellement, l'une ou l'autre des tâches habituellement dévolues à celles qui demeurent dans l'établissement, n'est invalide que dans la mesure où elle n'est pas à même d'accomplir celles-ci (CIIAI ch. 3095 ss. cc) Pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou travaillent sans être rémunérées dans l'entreprise de leur conjoint, d'une part, et qui accomplissent par ailleurs des travaux habituels aux sens des art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI, d'autre part, il convient d'abord de déterminer quelle part de son temps, exprimée en pourcentage, l'assuré aurait consacrée à l'exercice de son activité lucrative ou à l'entreprise de son conjoint, sans atteinte à la santé, et quelle part de son temps il aurait consacrée à ses travaux habituels. Le taux d'invalidité en lien avec l'exercice de l'activité lucrative ou de l'activité dans l'entreprise du conjoint est établi conformément aux art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI (comparaison des revenus), étant toutefois précisé que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de cette activité à temps partiel est extrapolé pour la même activité exercée à plein temps. Le taux d'invalidité pour la part de son temps consacrée par l'assuré à ses travaux habituels est établi conformément aux art. 8 al. 3 LPGA et 28a al. 2 LAI (méthode spécifique). Les taux d'invalidité ainsi calculés sont ensuite pondérés en proportion de la part de son temps consacrée par l'assuré à chacun des deux domaines d'activité, avant d'être additionnés pour fixer le taux d'invalidité globale. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI et 27bis al. 2 à 4 RAI). dd) En dépit des termes utilisés aux art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, le choix de l'une ou l'autre méthode d'évaluation de l'invalidité ne dépend pas du point de savoir si la personne assurée exerçait ou non une activité lucrative avant l'atteinte à la santé ni si l'exercice d'une activité lucrative serait raisonnablement exigible de sa part. Il s'agit plutôt de déterminer si cette personne exercerait une telle activité, et à quel taux, dans des circonstances semblables, mais en l'absence d'atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; 125 V 146 consid. 2c ; 117 V 194). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2 et les références citées ; 9C_36/2013 consid. 4.2). 4. Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration – en cas de recours, le juge – se fonde sur des documents médicaux, ainsi que, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle mesure et dans quelles activités elle est incapable de travailler. En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète

et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; TF 9C_694/2014 du 1^{er} avril 2015 consid. 3.2 et les références citées). Il n'existe par ailleurs pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a ; TF 9C_694/2014 précité).

5. En l'espèce, l'intimé a admis une aggravation de l'état de santé de la recourante à partir de janvier 2017 en raison de l'évolution d'une sclérose en plaques. Il résulte de l'ensemble des rapports médicaux au dossier, dont les conclusions ne sont pas contestées par les parties, que l'atteinte est désormais incapacitante et que la recourante dispose d'une capacité de travail et/ou d'exercer ses travaux habituels réduite à 50%. Au moment d'examiner le droit de la recourante à des prestations, l'OAI a constaté qu'elle n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé, que son activité au sein du mouvement P._____ était identique avant et après l'invalidité et qu'il n'y avait pas de perte de gain. Il a donc nié le droit de la recourante à une rente et à des mesures professionnelles pour ces motifs. Cette appréciation ne saurait être suivie. S'il est avéré que la recourante n'exerce aucune activité lucrative depuis de nombreuses années de sorte que sa capacité de gain n'est pas modifiée par l'aggravation de l'atteinte, la question de la diminution de la capacité de l'assurée à accomplir ses travaux habituels se pose. La recourante pratique une activité de secrétariat pour P._____ depuis plusieurs années ; c'est, semble-t-il, même la seule activité qu'elle a exercée depuis 1996, excepté quelques mois de secrétariat en entreprise. Elle travaille depuis des années dans le cadre d'une organisation qui semble, à tout le moins, pouvoir être assimilée à une communauté religieuse. En effet, P._____ se sent investie d'une mission [...], forme des disciples et emploie uniquement des bénévoles. Puis, la recourante est logée contre une modeste participation et est régulièrement nourrie gratuitement. Elle vit ainsi au sein de cette communauté, laquelle lui confie des tâches, depuis plusieurs années. Par ailleurs, elle effectue du travail de secrétariat qui correspond à sa formation d'employée de commerce, ce qui est confirmé par le directeur de l'organisation. Ce dernier a déclaré qu'il devrait engager une personne à 30% pour remplacer la recourante dans le cadre de son activité de secrétariat en raison de ses limitations. Cette activité peut ainsi être exercée par un tiers et est généralement rémunérée

par d'autres associations. En effet, l'absence de rémunération en l'espèce tient lieu de l'organisation de l'institution qui ne permet pas la rémunération des collaborateurs qui doivent être bénévoles, compte tenu de son fonctionnement communautaire et religieux. Au vu de l'ensemble des circonstances, les travaux effectués par la recourante au sein de ce mouvement doivent ainsi être considérés comme des travaux habituels. S'agissant du taux d'activité, les renseignements au dossier ne sont pas suffisamment précis pour se prononcer : il est question de 100% et de 50%. Si le taux actuel semble être de l'ordre de 50%, il n'est en revanche pas clairement établi à quel taux la recourante exerçait cette activité avant l'aggravation de l'atteinte à la santé. Ce point devra faire l'objet d'une instruction complémentaire, tout comme le point de savoir si la recourante aurait voulu exercer son travail habituel à un taux plus élevé que 50% si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé ou si elle aurait fait le libre choix de ne pas avoir d'activité (ni lucrative, ni travaux habituels) pour une partie de son temps. En outre, l'intimé affirme qu'il n'y a pas de changement dans l'activité exercée par la recourante avant et après l'invalidité. On ignore toutefois sur la base de quel élément l'intimé fonde cette constatation. Il n'y a rien au dossier qui confirme cette appréciation. Il existe en revanche une déclaration du directeur de l'organisation selon laquelle les tâches effectuées par la recourante ne sont plus exactement les mêmes qu'avant son invalidité en raison, notamment, de ralentissements. Les médecins ont également constaté que les troubles engendraient des limitations dans l'exercice de l'activité actuelle de la recourante, sans toutefois préciser quelles tâches étaient affectées et dans quelle mesure précisément. L'OAI devra faire une enquête sur place et fixer l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. Il devra établir une liste des activités – qui peuvent être assimilées à une activité lucrative – que la recourante exerçait avant la survenance de son invalidité et la comparera ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. En l'absence d'une telle enquête, l'instruction n'est pas suffisamment complète pour pouvoir se prononcer sur les droits de la recourante. Il appartient en premier lieu à l'OAI de procéder aux investigations requises, de sorte que le dossier lui sera renvoyé pour complément d'instruction.

6. a) En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis, la décision entreprise annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants. 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 fixés à 400 fr. et mis à la charge de l'intimé, qui succombe. c) La recourante, qui obtient gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 3'000 fr. compte tenu de la complexité de la cause, ceux-ci étant mis à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA ; art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision rendue le 21 juin 2019 par l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. III. Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud. IV. L'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud versera à Q._____ une indemnité de 3'000 fr. (trois mille francs) à titre de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été

approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Antoine Campiche (pour Q. _____) ■ Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud - Office fédéral des assurances sociales par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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