

## **VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 10 vom 4. Juni 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_\\_2020\\_\\_\\_10](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t___2020___10)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 10 du 4 juin 2020

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2020 / 10 del 4 giugno 2020

### **Regeste**

RENTE D'INVALIDITÉ, DEGRÉ DE L'INVALIDITÉ, ACTIVITÉ LUCRATIVE INDÉPENDANTE, AFFECTION PSYCHIQUE | 28 LAI, 4 LAI, 6 LPGA, 7 LPGA, 8 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 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). b) Selon la jurisprudence récente, tant les affections psychosomatiques que toutes les affections psychiques doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références citées). Ainsi, le caractère invalidant de telles atteintes doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 141 V 281 consid. 4.3 et 4.4 ; 143 V 409 consid. 4.4 ; TF 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid.

#### **E. 4.1**

et les références citées). Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical, mais aussi de la réadaptation au sens juridique. L'assuré est tenu, sur le plan professionnel, de se réadapter par soi-même et, pour autant que cela soit indiqué, de participer à des mesures de réadaptation professionnelles et de réinsertion (art. 8 s. et 14 ss LAI). Lorsque de telles mesures entrent en considération selon l'évaluation médicale et que l'assureur en propose, mais que la personne prétendant une rente n'y participe pas, cela doit être considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui a échoué malgré une coopération optimale peut être significative dans le cadre d'un examen global prenant en compte les circonstances individuelles du cas d'espèce (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.2). c) 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\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). d) 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). e) 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).

## **E. 5**

a) Sur le plan somatique, la recourante soutient, sur la base du rapport du 4 juillet 2019 de sa rhumatologue traitante, que sa capacité de travail est de 50 % au plus vu les cervico-lombalgies chroniques, l'arthrose des doigts, le syndrome douloureux chronique et les problèmes psychiatriques. Pour l'intimé, le rapport de la Dre J.\_\_\_\_\_ confirmait les différentes atteintes articulaires, les antécédents fracturaires et les limitations fonctionnelles déjà connus du SMR. b) Les arguments retenus par la Dre F.\_\_\_\_\_ dans son avis SMR du 25 novembre 2019 sont convaincants. Celle-ci explique de manière circonstanciée pour quels motifs les limitations fonctionnelles affectant la recourante sur les plans rhumatologiques et ostéo-articulaires sont compatibles avec la profession d'architecte indépendante. La rizarthrose débutante des doigts n'est ainsi pas incapacitante dans une activité n'exigeant pas l'utilisation en force ou en précision des mains. Il en va de même des lombalgies chroniques dans une activité sans port de charges permettant l'alternance des positions. S'agissant de l'intolérance au gluten, celle-ci n'est pas invalidante dans le cadre d'un régime d'exclusion. Enfin et depuis 1978, la baisse de l'acuité visuelle n'a pas empêché la recourante de mener à terme ses études d'architecture ni d'exploiter un bureau d'architecte ou encore d'enseigner dans divers établissements. Les diagnostics annoncés par la Dre J.\_\_\_\_\_ sont au demeurant les mêmes que ceux retenus par le Dr C.\_\_\_\_\_

dans son rapport du 12 janvier 2016. Or, pour le médecin généraliste traitant, les diagnostics rhumatologiques et ostéo-articulaires sont sans effet sur la capacité de travail. S'agissant de diagnostics pour certains antérieurs au premier épisode dépressif en 2008, la conclusion du Dr C. \_\_\_\_\_ est convaincante dès lors que la recourante n'a pas été empêchée d'exercer ses activités d'enseignante et d'architecte pour ces motifs, ceci sous réserve d'évidentes et brèves périodes de convalescence. Par conséquent, la recourante ne démontre pas que des doutes subsisteraient sur sa capacité à exercer, sur le plan somatique, les activités d'architecte et d'enseignante. Reste à examiner si la décision attaquée est fondée en ce qui concerne les aspects psychiques.

## **E. 6**

a) Sur ce second plan, la recourante se réfère, dans le cadre de son recours, aux objections présentées le 8 février 2019 à la suite du projet de décision du 26 novembre 2018. Contestant l'expertise et ses conclusions, elle soutient qu'elle épuise sa capacité de travail résiduelle en assurant son activité d'enseignante à mi-temps. Elle estime que l'expert surestime sa capacité de travail. Elle conclut qu'elle ne dispose d'aucune capacité de travail dans son activité d'architecte indépendante. Dans sa réponse du 12 juillet 2019, l'intimé a renvoyé à l'avis SMR du 27 mars 2019 dans lequel les Drs H. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ n'avaient pas identifié de faits nouveaux. Cet avis renvoie aussi au rapport SMR de la Dre F. \_\_\_\_\_ du 9 juillet 2018 dans lequel celle-ci qualifiait de probante l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_. b) La Cour de céans constate que le rapport d'expertise du 26 juin 2018 du Dr D. \_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels, tant s'agissant de son contenu (étude circonstanciée des points litigieux, examens complets, anamnèse détaillée, appréciation médicale claire et conclusions motivées), que des conditions posées par la jurisprudence en matière de troubles psychiatriques (ATF 143 V 418). L'expert a en effet utilisé la grille d'évaluation pour déterminer les ressources de la recourante. L'expertise comporte les indicateurs établis par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 3.6). Le Dr D. \_\_\_\_\_ analyse en outre d'éventuels motifs d'exclusion, qualifie l'expertisée de « globalement collaborante » et conclut à l'absence d'attitude de manipulation (p. 11). c) aa) Le Dr D. \_\_\_\_\_, psychiatre, a posé les diagnostics incapacitants selon les règles de l'art, en se référant à la CIM-10 et au DSM-IV (pp. 14-16). Les tableaux cliniques dressés par l'expert répondent à ceux des classifications médicales précitées. Au demeurant, les diagnostics de trouble de la personnalité non spécifié, depuis la fin de l'adolescence, début de l'âge adulte, partiellement décompensé, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée, en rémission partielle, posés par l'expert ne diffèrent pas de ceux retenus par le psychiatre traitant (rapports des 11 avril, 10 juin et 8 septembre 2016, ainsi que du 8 septembre 2017), si ce n'est sous l'angle de l'intensité. Le psychiatre traitant n'explique toutefois pas pourquoi l'intensité du trouble dépressif ne s'atténue pas, malgré les améliorations dont il fait état dans ses rapports des 8 septembre 2016 et 8 septembre 2017, de sorte que son évaluation sur ce point doit être appréciée avec réserve compte tenu de la relation thérapeutique. On relève encore au crédit de l'expert que les tests mis en œuvre ont confirmé l'intensité du diagnostic dépressif. Les diagnostics posés par l'expert et leur intensité méritent ainsi d'être confirmés. bb) Il convient ensuite d'analyser le degré de gravité fonctionnel des atteintes à la santé. aaa) L'expert décrit une personne bien orientée dans les quatre modes. La concentration, l'attention, la compréhension et la mémoire sont grossièrement préservées. Il situe l'intelligence de la recourante dans les limites de la norme (pp. 11-12). L'expert dépeint des traits narcissiques et passivo-agressifs. Il reconnaît chez l'intéressée un sentiment d'être injustement traitée par les autres, d'être constamment « en

guerre », des manifestations au niveau de l'affectivité quant à la diversité, à l'intensité, à la labilité et à l'adéquation de la réponse émotionnelle, ainsi que des difficultés au niveau du fonctionnement interpersonnel et du contrôle des impulsions. Il nuance toutefois son appréciation des effets du trouble de la personnalité qu'il observe, estimant que la notion de décompensation doit être pondérée. En effet, les troubles n'empêchent pas la recourante d'exercer le métier d'enseignante, d'entretenir une vie de famille et d'avoir des amis (p. 15). Concernant les troubles de la lignée dépressive, l'expert a relevé quelques symptômes légers qu'ont confirmés les tests psychologiques mis en œuvre. Ces symptômes sont consécutifs aux épisodes dépressifs majeurs (2008 et 2014) en rémission partielle avec une symptomatologie légère et non incapacitante au moment de l'expertise. Le Dr D. \_\_\_\_\_ estime que ces épisodes ont contribué à l'exacerbation de certains traits de personnalité de base qui engendrent des problèmes relationnels, sans toutefois empêcher la recourante de travailler à 50 %, d'avoir une vie de famille, des contacts sociaux, des loisirs et de s'occuper de son ménage (p. 18). Le Dr D. \_\_\_\_\_ reconnaît cependant que l'intéressée présente des traits de personnalité dysfonctionnels qui impliquent un effort supplémentaire et nécessitent, pour maintenir la qualité de vie, un temps de repos (p. 19). Il décrit un traitement adéquat et une bonne compliance de la recourante au traitement. Sous l'angle de la réadaptation, il ressort du rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ du 12 janvier 2016 que l'intéressée est parvenue à se réinvestir dans un projet de livre d'architecture au taux de 10 %, activité qui lui permettait de se tenir éloignée des partenaires du bureau. La recourante a également bénéficié de la prise en charge d'un cours d'informatique spécialisé et d'une mesure de coaching auprès d'U. \_\_\_\_\_. Le bilan de cette seconde mesure est à nuancer dans la mesure où les observations faites dans le cadre d'un stage ne priment pas celles posées par les médecins (TF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1 in : SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). De plus, les observateurs d'U. \_\_\_\_\_ n'ont pas indiqué de problématique médicale qui aurait échappé au Dr D. \_\_\_\_\_. Ils ont relevé que le taux d'activité de 50 % était un scénario à court terme, permettant à la recourante d'adapter ses modes de fonctionnement en vue d'une augmentation de son taux d'activité. Au final, les traits de personnalité dysfonctionnels impliquant un effort supplémentaire et du temps de repos pour la recourante, le succès mitigé du traitement et la réadaptation en demi-teinte indiquent des ressources partiellement entamées sous l'axe de l'atteinte à la santé. Ces éléments limitent partiellement l'activité de la recourante dans la profession d'architecte, l'intéressée ne parvenant pas à surmonter entièrement les troubles psychiques l'affectant. bbb) S'agissant de l'axe personnalité de la recourante, le Dr D. \_\_\_\_\_ rapporte notamment une mauvaise image d'elle-même, mais sans perte d'espoir ni sentiment de vide ou d'inutilité (p. 12). En ce qui concerne le trouble de la personnalité, l'expert estime que celui-ci se manifeste au niveau des cognitions (sentiment d'être injustement traitée par les autres, d'être constamment « en guerre »), de l'affectivité (dans la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle), du fonctionnement interpersonnel et du contrôle des impulsions. Compte tenu d'une décompensation à pondérer au vu de l'exercice de l'activité d'enseignante, d'une vie de famille stable et des relations amicales conservées (p. 15), l'examen sous l'axe de la personnalité montre également des ressources partiellement entamées. La personnalité de la recourante limite ainsi en partie ses aptitudes professionnelles, sans toutefois l'empêcher de conserver une capacité de travail non négligeable. ccc) Concernant le contexte social, l'expertise relève un investissement partiellement fonctionnel. Si la recourante est capable d'entretenir de bons rapports familiaux, de participer à des actes sociaux avec son mari et

d'avoir un groupe d'amis, elle gère toutefois mal les situations de stress (p. 18). On relève que le retour du mari de l'intéressée au bureau d'architecte lui procure une certaine sécurité dans le contexte de l'activité d'architecte indépendante. La recourante dispose ainsi de bonnes ressources sociales pour surmonter les difficultés rencontrées dans cette activité. cc) Se pose ensuite la question de la cohérence des troubles, soit de savoir s'il existe des limitations uniformes des niveaux d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Sur ce point l'appréciation nuancée de l'expert mérite aussi d'être confirmée. On peut certes concevoir que la recourante parvienne à évoluer dans le cadre de son enseignement en binôme avec un autre enseignant, tandis qu'elle n'arrive pas à surmonter les difficultés provoquées par les clients et les partenaires du bureau qui déchargent leur responsabilité et leur agressivité sur les architectes (p. 10). A l'instar de l'expert, on peine toutefois à comprendre pourquoi la recourante ne parvient pas à réorganiser son travail pour ne plus être en contact avec la clientèle et les partenaires, ce d'autant plus qu'elle travaille dans son entreprise avec son conjoint (p. 19). L'expert y voit une « sorte de choix personnel ». Au crédit de la recourante, on doit toutefois constater que s'il n'existe pas d'empêchement ménager au domicile (préparation des repas, nettoyages, rangements, etc.), l'intéressée est mal à l'aise dans les grands espaces (centres commerciaux) et parfois querulente avec les tiers dans le cadre de ses rapports avec les administrations et les autres services (pp. 21-22). Ces limitations apparaissent similaires à celles rencontrées avec les partenaires du bureau d'architecte. Il convient également de relever sous l'angle de la cohérence que la psychothérapie et la médication mises en place sont adéquates avec les troubles constatés et qu'elles sont mises à profit (pp. 15-16). Globalement, les limitations affectant la recourante présentent ainsi un niveau de cohérence suffisant au regard des exigences jurisprudentielles. d) Au vu des éléments exposés dans l'expertise et détaillés ci-devant, on constate que l'expert a examiné l'état de santé psychique de la recourante conformément aux lignes directrices fixées par la jurisprudence. Son rapport est complet. Les critiques de l'intéressée relatives au caractère incomplet de l'expertise (cf. contestation du 8 février 2019 à laquelle le recours renvoie) ne sauraient donc être suivies puisqu'elles ne sont pas objectivées par un substrat médical que l'expert aurait ignoré. La recourante soulève aussi des ajustements factuels qui n'ont pas d'incidence sur le diagnostic et l'évaluation de la capacité de travail. L'examen global de l'expert a permis d'obtenir des indices suffisants pour apprécier l'existence des troubles et de leurs effets. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a pu procéder à une évaluation aussi concrète que possible des ressources résiduelles de la recourante avant d'en tirer la conclusion qu'elle présente une capacité de 70 % dans son activité d'architecte indépendante. e) Les conclusions de l'expertise du 26 juin 2018 qui reconnaissent une capacité de travail de 70 % sont fondées. L'examen des indicateurs a montré des ressources partiellement entamées et des limitations fonctionnelles psychiques dans la fonction d'architecte indépendante avec des conséquences négatives pour la recourante et ses partenaires professionnels. Comme le relève l'expert dans son rapport, l'activité habituelle d'architecte indépendante permet des aménagements du travail, notamment de ne pas être au contact des clients et d'organiser le temps de travail, ceci d'autant plus que l'intéressée dirige le bureau avec son mari. Or, une réorganisation de l'activité indépendante en fonction des aptitudes résiduelles de l'intéressée est exigible en l'espèce dès lors que la taille et l'organisation de l'entreprise ainsi que la fonction de la recourante le permettent (TF 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 4.2 et 4.3, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35 ; 9C\_147/2014 du 9 mai 2014 consid. 7.2.1). Les conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_ ne sont au demeurant pas très éloignées de celles des médecins traitants. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a relevé

que la recourante pouvait assumer une charge de travail au taux de 10 % pour un projet d'édition qui venait s'ajouter au taux de 50 % consacré à l'enseignement (rapport du 12 janvier 2016). Il s'agit typiquement du genre d'activités préconisées par l'expert. Initialement, le Dr E. \_\_\_\_\_ estimait aussi que la capacité de travail de sa patiente était de 10 % dans l'activité d'architecte, ce qui s'ajoutait au taux de 50 % consacré à la Haute école B. \_\_\_\_\_ (rapport du 11 avril 2016), avant de réduire la capacité de travail au taux de 50 % consacré à l'enseignement, ceci sans faire état d'une péjoration objective de l'état de santé, mais au contraire d'une « atténuation modérée des symptômes » (rapport du 8 septembre 2016) et d'une « lente amélioration » (rapport du 8 septembre 2017). Lesdits rapports sont incohérents sur ce point. L'avis du Dr E. \_\_\_\_\_ ne peut pas être retenu, ceci d'autant plus qu'il s'agit du psychiatre traitant et doit être apprécié à ce titre avec retenue en cas de contradictions comme en l'espèce. Quant à la mention de « problèmes psychiatriques » par la Dre J. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 6 novembre 2019, celle-ci est trop succincte pour en tirer quelque argument que ce soit. Dans ces circonstances, il convient de confirmer la capacité de travail de 70 % retenue par le Dr D. \_\_\_\_\_ dans l'activité d'architecte indépendante qui tient compte des ressources partiellement entamées de la recourante. A fortiori, le rapport SMR du 9 juillet 2018 de la Dre F. \_\_\_\_\_ peut aussi être confirmé au motif que la capacité de travail résiduelle dans l'activité d'enseignante à la Haute école B. \_\_\_\_\_ n'est pas contestée. C'est ainsi une capacité de travail de 70 % dans l'activité d'architecte et/ou d'enseignante qui doit être retenue.

## **E. 7**

a) La recourante a fait état d'une hospitalisation volontaire au Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ du 12 janvier au 5 février 2020 en raison d'idéations suicidaires aiguës. Elle a produit un rapport médical de ce centre hospitalier et des attestations d'incapacité de travail relatives à cette période. b) De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_719/2016 du 1<sup>er</sup> mai 2017 consid. 2). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 ; TF 9C\_34/2017 du 20 avril 2017 consid. 5.2). c) Il convient d'examiner si les éléments produits après le prononcé de la décision litigieuse sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue ou s'il s'agit de faits survenus postérieurement pouvant faire l'objet d'une éventuelle nouvelle demande. Dans son rapport du 6 février 2020, le Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ a fait état d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) qui s'inscrivait dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité sans précision (F60.9). Certes, ces diagnostics sont précisément ceux retenus par l'intimé à l'appui de sa décision litigieuse (cf. rapport SMR du 9 juillet 2018 et rapport d'expertise du 26 juin 2018). Quant à la question de savoir si l'épisode dépressif ayant causé l'hospitalisation au Centre hospitalier K. \_\_\_\_\_ du 12 janvier au 5 février 2020 relève d'une décompensation ponctuelle ou d'une aggravation des troubles reconnus par l'AI, elle peut rester ouverte en l'espèce du fait que cette évolution est postérieure au

prononcé de la décision attaquée. Au demeurant, le Dr KA. \_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante. Quant au Dr L. \_\_\_\_\_, il n'a pas étayé les attestations délivrées. Ces faits pourront cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande.

## **E. 8**

Reste à examiner un éventuel droit à la rente et aux mesures d'ordre professionnel. a) Dans sa décision du 9 avril 2019 et sa motivation séparée du même jour, l'intimé a retenu que la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 70 % dans son activité d'architecte indépendante « et/ou » d'enseignante. Il s'est fondé sur le rapport SMR du 9 juillet 2018 de la Dre F. \_\_\_\_\_. Comme le relève l'intimé dans sa note interne du 12 septembre 2018, une appréciation du préjudice en regard des activités exercées, avant et après l'atteinte à la santé, selon des proportions diverses, s'avère peu objective en raison de facteurs étrangers à l'invalidité tels que le retour aux affaires de l'époux de l'intéressée au mois de février 2015, les facteurs conjoncturels inhérents aux mandats d'architecture ou le fait que les revenus de la recourante provenaient pour partie des travaux réalisés par ses employés. Ce raisonnement peut être suivi. A l'instar de l'intimé, la Cour de céans retient que l'incapacité de travail se confond avec l'invalidité compte tenu d'une capacité de travail préservée dans les activités habituelles d'architecte et/ou d'enseignante (application de la méthode de la comparaison en pour-cent). En conséquence, la recourante a présenté un degré d'invalidité de 30 % au terme du délai d'attente d'une année. Ceci est inférieur au taux minimal de 40 % requis pour ouvrir le droit à la rente (art. 28 al. 1 LAI). b) aa) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel au sens des art. 15 à 18d LAI (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement et aide en capital). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour l'ouverture du droit à des mesures de réadaptation d'ordre professionnel est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 2b). bb) En l'occurrence, la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20 %, de sorte qu'il convient d'examiner son droit à des mesures de réadaptation. La Cour de céans observe que l'intéressée est au bénéfice d'un diplôme d'architecte de l' [...]. Elle a travaillé comme architecte indépendante et enseignante à la Haute école B. \_\_\_\_\_ tout au long de sa carrière. Au vu de sa formation et de son parcours professionnel, une mesure de réadaptation ne s'avère pas nécessaire. La recourante dispose en effet des compétences et du bagage professionnel adéquat pour reprendre son activité habituelle, exigible sur le plan médical. C'est ainsi à juste titre que l'intimé a refusé des mesures professionnelles à la recourante dans sa décision du 9 avril 2019.

## **E. 9**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision du 9 avril 2019 confirmée. 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. 1bis LAI). En l'espèce, compte tenu de l'ampleur de la procédure, les frais de justice doivent être fixés à 400 fr. et mis à la charge de la recourante, qui succombe. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 al. 1 LPA-VD ; art. 61 let. g

LPGA).

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