

# VD\_GERICHTE ZD24.044919 vom 16. September 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-09-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZD24.044919](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD24.044919)

FR: VD\_GERICHTE ZD24.044919 du 16 septembre 2025

IT: VD\_GERICHTE ZD24.044919 del 16 settembre 2025

## Erwägungen

### E. 5

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 le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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. 28b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1), un taux d'invalidité compris entre 50 et 69 % donnant droit à une quotité de rente correspondant au taux

- 18 - d'invalidité (al. 2), un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70 % donnant droit à une rente entière (al. 3), tandis qu'un taux d'invalidité compris entre 40 et 49 % donne droit à une rente de 25 % à 47.5 % (al. 4 ; chaque point d'invalidité supplémentaire augmentant la quotité de la rente de 2.5 %).

### E. 6

Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si la personne assurée rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 RAI). Si l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande, il convient de traiter l'affaire au fond et vérifier que la modification du degré d'invalidité rendue plausible par la personne assurée est réellement intervenue. Cela revient à examiner, par analogie avec l'art. 17 al. 1 LPGA (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2022), si entre la dernière décision de refus de rente – qui repose sur un examen matériel du droit à la rente, avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et, si nécessaire, une comparaison des revenus conformes au droit – et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 147 V 167 consid. 4.1 ; 133 V 108 consid. 5.2). Il faut par conséquent procéder de la même

manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA, qui prévoit que la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (let. a), ou atteint 100 % (let. b).

## **E. 7**

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 (ATF 141 V 281 consid. 5.1.2 ; 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 9C\_39/2021 du 6 décembre 2021 consid. 3.2 ; TF 8C\_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1).

- 19 - b) 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 9C\_115/2018 du 5 juillet 2018 consid. 4.1 et les références citées). c) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour mettre en cause la valeur d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_299/2021 du 11 août 2021 consid. 3.3 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergente de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références).

- 20 -

## **E. 8**

Les affections psychiques, les affections psychosomatiques et les syndromes de dépendance à des substances psychotropes doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée (ATF 145 V 215 ; 143 V 418 consid. 6 et 7 ; 141 V 281 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).

## E. 9

a) En l'occurrence, il convient de relever d'emblée que la recourante ne conteste pas le statut de personne active à 100 % qui lui a été reconnu, lequel peut être confirmé. b) L'OAI est entré en matière sur la deuxième demande de prestations déposée le 5 janvier 2022 par la recourante, considérant qu'elle avait rendu plausible une aggravation de son état de santé à compter du mois de décembre 2021, à la suite du diagnostic de fibromyalgie et de l'aggravation des symptômes. L'évaluation de l'état de santé doit par conséquent s'apprécier avec comme point de comparaison la décision de l'office intimé du 10 novembre 2020. A l'époque, l'OAI avait refusé l'octroi de mesures professionnelles et d'une rente d'invalidité, au motif que l'activité d'employée de commerce était adaptée à son état de santé et respectait les limitations fonctionnelles, si bien qu'elle était exigible à 100 %. Toutefois compte d'une diminution de rendement de 10 % dans toute activité, en raison des troubles orthopédiques dégénératifs statiques des membres inférieurs et du rachis ainsi que des discopathies étagées, le degré d'invalidité de l'assurée était de 10 %, soit inférieur au seuil de 40 % pour avoir droit à une rente d'invalidité. S'agissant du droit aux mesures professionnelles, en l'absence d'un manque à gagner durable de 20 % au moins, il n'était pas ouvert. c) Dans le cadre de l'instruction de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'intimé a confié la réalisation d'une

- 21 - expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie, neurologie et psychiatrie) à X.\_\_\_\_\_ SA. Sur le plan médical, la recourante ne fait valoir aucun grief à l'encontre de l'appréciation de sa situation, se limitant à contester la capacité résiduelle de travail de 68 % à compter du mois d'octobre 2021. Ce faisant, elle oppose au rapport d'expertise pluridisciplinaire précité le point de vue de ses médecins (les Drs W.\_\_\_\_\_, C.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_) soutenant qu'elle présenterait une capacité de travail dans une activité adaptée de 50 % au maximum. La recourante estime que cette situation justifierait la prise en compte d'une diminution de rendement supplémentaire de 20 % due à l'atteinte à sa santé psychique dont les experts du X.\_\_\_\_\_ SA n'auraient à tort pas tenu compte. d) Sur le plan formel, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de X.\_\_\_\_\_ SA au dossier satisfait toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document (cf. consid. 7b supra). Il est basé sur des examens approfondis (quatre entretiens ont eu lieu les 25 août et 15 septembre 2023) et repose sur des investigations circonstanciées du cas. S'ouvrant dans chaque discipline examinée par une anamnèse, le rapport décrit le contexte médical et assécurologique déterminant (sur la base de la prise en compte par les quatre experts de l'ensemble du dossier médical mis à leur disposition), examine les plaintes exprimées, relate le status, de même qu'il rend compte des observations cliniques effectuées et répond par ailleurs de manière ciblée aux questions complémentaires de l'administration. Il en ressort que la capacité de travail et son évolution dans le temps ont été appréciées sur la base d'éléments médicaux objectifs (examens approfondis du dossier médical, anamnèses fouillées, status complets, diagnostics précis selon la classification internationale de l'Organisation mondiale de la santé avec limitations fonctionnelles et ressources examinées en fonction des critères idoines), conduisant à une discussion consensuelle pertinente et argumentée du cas.

- 22 - e) aa) Sur le plan de la médecine interne, l'experte P. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'hyperferritinémie discrète (E83.3) dans le contexte de surpoids, sans répercussion sur la formule sanguine, sans signe de décompensation hépatique ni hépatomégalie clinique, et de surpoids (E66). Elle a indiqué que l'hyperferritinémie, dans le contexte de surpoids, était connue depuis quelques années selon l'expertisée et que cette atteinte à la santé n'avait jamais motivé de traitement spécifique mais était indicatrice d'un état métabolique inflammatoire à bas bruit, précurseur de diabète ou d'une dégénérescence graisseuse du foie. A cet égard la gestion pondérale était fortement recommandée, moyennant des mesures hygiéno-diététiques pour améliorer le pronostic cardiovasculaire, hépatique et métabolique à long terme. Une surveillance de la formule sanguine était observée ponctuellement chez le médecin traitant. Le pronostic était favorable à court-moyen termes. L'expertisée était autonome pour toutes ses activités quotidiennes et ses déplacements, sans disposer de moyens auxiliaires. Elle était principalement gênée par les douleurs étendues ostéoarticulaires et musculaires. La Dre P. \_\_\_\_\_ a conclu que la capacité de travail de la recourante avait toujours été totale dans toute activité et sans limitations fonctionnelles. bb) Au plan rhumatologique, l'experte T. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée (M54.2), de dorsalgies mécaniques (M54.9), de lombalgies mécaniques sur atteinte dégénérative documentée (M54.5), de scoliose dorsolombaire dextroconvexe (M41.9) secondaire à une inégalité de longueur des membres inférieurs, de coxarthrose bilatérale débutante et atteinte dégénérative modérée de la symphyse pubienne (M16.9), de fibromyalgie de degré sévère (M79.7), de gonarthrose bilatérale débutante et calcifications méniscales interne et externe du genou droit sur séquelles chirurgicales (M17.9) et d'obésité (E66). Ce faisant, la Dre T. \_\_\_\_\_ a constaté que la prise en charge de l'atteinte dégénérative rachidienne cervico-dorso-lombaire sur trouble statique scoliotique avec inégalité de la longueur des membre inférieurs, associée à une coxarthrose et gonarthrose bilatérale débutante, était adaptée moyennant un traitement médical et rééducatif. Il était indispensable d'y associer un

- 23 - reconditionnement musculaire sous la forme d'une rééducation active de mobilisation et réentraînement à l'effort auprès d'un centre de rééducation et réadaptation du rachis, pour réassurance indispensable de l'expertisée, ainsi qu'une prise en charge de l'obésité par des mesures hygiéno-diététiques. L'experte T. \_\_\_\_\_ était d'avis que des infiltrations complémentaires pouvaient être discutées. Quant à la fibromyalgie de degré sévère diagnostiquée, l'experte a constaté que si le retentissement des douleurs et de la fatigue était permanent, les limitations n'étaient pas uniformes dans l'ensemble des domaines de la vie. La recourante n'avait plus d'activité professionnelle et avait restreint l'ensemble de ses activités de loisirs et sa vie sociale, mais elle restait parfaitement autonome dans son quotidien, ses démarches et ses déplacements. Enfin, il existait un trouble statique sous-jacent qui nécessitait de réévaluer les possibilités de correction par semelles orthopédiques, non tolérées initialement, et le port intermittent d'une ceinture de soutien lombaire dans les situations d'hyper-sollicitation du rachis. Aucune indication chirurgicale n'était retenue sans nouvel avis médical à envisager en l'état. L'experte rhumatologue a conclu à une capacité de travail de 100 %, avec une baisse de rendement de 20 %, depuis mai 2017 dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (pour rappel, « nécessité d'un poste de travail à prédominance sédentaire permettant d'alterner les stations assises et debout avec réalisation de courtes pauses et adaptation de l'ergonomie, absence d'efforts de soulèvement depuis le sol de charges au-delà de 5 kg, pas de contraintes posturales rachidiennes notamment en rotations du

rachis, mouvements en porte-à-faux du buste et en antéflexion du tronc ou de la tête. Nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique »). cc) Sur le plan neurologique, l'expert H. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une amyotrophie congénitale du membre inférieur gauche et surtout du mollet dont l'origine pouvait être une séquelle de polio (1G83), un signe de Babinski étant présent à gauche, un état de faiblesse abdominale et des membres inférieurs (MB5Z) après l'accouchement en 2008 dont l'étiologie n'était pas claire (paraparésie ? ischémie médullaire ?), une ptose palpébrale modérée, signe de Simpson négatif, à confronter avec

- 24 - des photographies plus anciennes, d'origine indéterminée, et des migraines (8A80Z) dont la prévalence de six ou sept épisodes par mois, non investiguées, sans suivi par un neurologue, ni prescription de traitement de fond ou de type triptans ; la céphalée était susceptible de durer de deux heures à un jour et nécessitait la mise dans l'obscurité les yeux fermés. L'expert a noté la persistance d'une amyotrophie séquellaire surtout de la jambe gauche (après le raccourcissement de ce membre compensé par une intervention sur le genou opposé) et d'un état de faiblesse générale acquis à la suite de l'accouchement, avec l'introduction de physiothérapie MTT (Thérapie par l'Entraînement Médical) à des fins de reconditionnement. La migraine n'était pas suivie par un neurologue. Cet expert a retenu une capacité de travail de 80 % jusqu'en octobre 2021, puis de 68 % compte tenu d'une baisse du rendement de 15 % résultant de l'augmentation des migraines, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (à savoir, les myalgies et le déficit moteur avec raccourcissement, ainsi que la spasticité du membre inférieur gauche à l'origine d'une fatigue). dd) Sur le plan psychiatrique, l'experte K. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0), de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'autre réaction à un facteur de stress sévère (F43.8). Elle a retenu en outre des difficultés dans les rapports avec le conjoint (Z63.0). L'experte a constaté que les limitations n'étaient pas uniformes dans tous les domaines de la vie dès lors que l'expertisée ne travaillait plus, mais qu'à domicile elle rangeait la cuisine plusieurs fois par jour, effectuait quelques courses sans port de charge lourde, préparait les différents repas et aidait sa fille pour ses devoirs. Quelques mois avant l'expertise, elle la conduisait en voiture à l'école située non loin du domicile. Par ailleurs, l'expertisée ne prenait plus aucun traitement psychotrope. L'experte psychiatre a détaillé les éléments objectifs médicaux qui lui permettaient de conclure à une capacité de travail de 100 % avec une diminution de rendement de 20 %, soit de 80 % depuis le 2 mai 2020 dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée à la fatigabilité d'origine plurifactorielle nécessitant de faire des pauses. Au jour de

- 25 - l'expertise, le tableau clinique observé n'empêchait pas l'expertisée de s'adapter à des règles de routine ni à planifier des tâches, de s'adapter aux changements, d'appliquer ses compétences dans le domaine des assurances après une remise à niveau, l'intéressée continuant à lire et à s'informer en la matière. Elle conservait en outre sa capacité à prendre des décisions, était persévérante et pouvait s'assumer seule. Sa mobilité était conservée avec des déplacements en train ou en avion lors de vacances. S'agissant du réseau social, il semblait quelque peu affaibli au jour de l'expertise ; même si elle n'avait pas d'activité en groupe, la recourante conservait toutefois de bonnes relations avec sa famille et ses intimes. Les activités spontanées étaient diminuées en raison de difficultés financières et de la fatigabilité. En l'absence de médication psychotrope au jour de l'expertise, le critère du succès ou non du traitement médical n'était pas pertinent. Sur la base de ses propres

constats cliniques, l'experte psychiatre a apprécié de manière pondérée et convaincante la situation médicale et la capacité de travail de la recourante. ee) Les appréciations des experts, respectivement leur évaluation consensuelle du cas, ne prêtent pas le flanc à la critique et peuvent être confirmées. Dans ces conditions, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de X.\_\_\_\_\_ SA est probant et, partant, c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 68 % dans l'activité habituelle en suivant l'avis des experts, depuis octobre 2021. Il convient de rappeler que la diminution de rendement de 20 % retenue sur le plan psychiatrique ne saurait s'additionner avec la réduction de la capacité de travail à 68 % sur le plan somatique. Dans leur rapport interdisciplinaire, les experts ont expressément mentionné qu'« en consensus, capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici de 80 % depuis 2012 et de 68 % depuis octobre 2021 » (cf. expertise, p. 6 ch. 4.7 in fine). f) Les avis postérieurs des médecins au rapport d'expertise pluridisciplinaire de X.\_\_\_\_\_ SA dont se prévaut la recourante ne sont

- 26 - pas de nature à faire douter du caractère probant de cette expertise. En effet, les rapports des 4 avril 2024 (Prof. C.\_\_\_\_\_), 12 avril 2024 (Dr W.\_\_\_\_\_ ) et 18 avril 2024 (Dre Z.\_\_\_\_\_ ) n'apparaissent pas déterminants, car ces médecins ont confirmé les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par les experts, mais évaluent la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée à 50 % au lieu de 68 %. Ils ne rapportent toutefois aucun élément médical objectif nouveau, si bien que les avis des Drs W.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_ et du Prof. C.\_\_\_\_\_ doivent être assimilés à de simples appréciations divergentes d'un même état de fait. Ils n'ont en outre pas procédé à une approche globale et circonstanciée du cas, ni objectivé la baisse de la capacité de travail résiduelle en regard de l'expertise pluridisciplinaire de X.\_\_\_\_\_ SA pleinement probante en la matière. g) La recourante présente dès lors une capacité résiduelle de travail de 68 % à compter du mois d'octobre 2021 comme l'intimé l'a retenu dans sa décision.

## **E. 10**

% à 32 %, ce qui exclut toujours le droit à une rente d'invalidité (cf. art. 28b LAI).

## **E. 11**

a) Pour le surplus, la recourante déplore l'absence de mesures d'ordre professionnel en sa faveur et sollicite l'aide de l'office intimé pour lui permettre de trouver un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. b) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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, placement à l'essai, location de services, allocation d'initiation au travail, indemnité en cas d'augmentation des cotisations, et aide en capital).

- 30 - L'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de la réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas ; car la loi ne veut garantir la réadaptation que dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas d'espèce (ATF 130 V 163 consid. 4.3.3 ; 124 V 108 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un

niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé (ATF 139 V 399 consid. 5.4 ; TF 9C\_689/2018 du 8 février 2019 consid. 4.2). c) Comme déjà mentionné plus haut, la recourante conserve une capacité de travail résiduelle dans son activité habituelle d'employée de commerce ou dans toute activité adaptée à son état de santé, sous réserve des limitations fonctionnelles retenues. Parmi celles-ci figurent « la nécessité d'une répartition harmonieuse des horaires de travail pour limiter la fatigue chronique. Les myalgies, le déficit moteur avec raccourcissement et spasticité du membre inférieur gauche et les migraines entraînant une fatigue. Possibilité de faire des pauses » (cf. document « REA – Rapport final » du 9 janvier 2024). De telles restrictions contre-indiquent un accompagnement de la recourante vers une formation qualifiante de niveau tertiaire. Dès lors qu'il n'existe aucune mesure simple et adéquate permettant de réduire le préjudice présenté, l'OAI n'est à juste titre pas entré en matière sur la requête tendant à l'octroi de mesures professionnelles. Du reste, au cours de la procédure d'instruction de la demande de prestations, l'OAI a accordé une mesure d'intervention précoce externalisée, de mai à octobre 2022, auprès d'E. \_\_\_\_\_ à laquelle il a été mis fin en raison de la péjoration de l'état de santé de l'intéressée (épisode inflammatoire aigu en septembre 2022, exacerbation des douleurs et reprise d'un suivi psychologique ; cf. document intitulé « IP – Proposition de DDP » du 4 novembre 2002 de l'OAI), démontrant au besoin qu'aucune mesure professionnelle n'était envisageable dans le cas particulier.

- 31 -

#### **E. 12**

Au vu du contenu des diverses pièces au dossier, un complément d'instruction apparaît superflu et la requête formulée en ce sens par la recourante dans son acte de recours du 7 octobre 2024 – soit la réalisation d'un complément d'expertise pluridisciplinaire se prononçant sur la capacité de travail résiduelle et la diminution de rendement dans l'activité de gestionnaire spécialisée en assurances – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

#### **E. 13**

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure de recours en matière de contestations portant sur des prestations de l'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI). Il convient de les fixer à 600 fr. et de les mettre à la charge de la recourante, vu le sort de ses conclusions. c) Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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