

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 juin 2020

Composition : Mme DURUSSEL, présidente
MM. Bonard et Peter, assesseurs
Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

A. _____, à [...], recourante,

et

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

Art. 6, 7, 8 et 16 LPGA ; art. 4 et 28 LAI

E n f a i t :

A. **a)** A. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1964, a travaillé en qualité d'architecte indépendante depuis le 1^{er} avril 1989 au taux de 52,31 % et d'enseignante à la Haute école B. _____ [...] depuis le 1^{er} août 2012 au taux de 47,69 %. Selon le site Internet du bureau de l'assurée (www. [...], page consultée le 27 janvier 2020), celle-ci a travaillé avec son mari jusqu'en 2007. De 2007 à 2015, ce dernier a quitté le bureau pour le poste d' [...], l'intéressée exerçant seule la direction du bureau. L'époux a ensuite réintégré le bureau en 2015.

b) L'assurée a déposé une demande auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 7 juin 2015 en raison d'un burn-out et d'une dépression.

Selon un rapport du 12 janvier 2016 du Dr C. _____, médecin traitant et spécialiste en médecine interne générale, l'assurée présentait le diagnostic avec effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif majeur depuis le début de l'année 2014. Les diagnostics de status après synovectomie-bursectomie-acromyoplastie-ténolyse du long chef du biceps droit et réparation du tendon du sus-épineux droit pour lésion dégénérative périarticulaire de l'épaule droite depuis le mois de mars 2014, de périarthrite scapulo-humérale gauche depuis plusieurs années, de status après fracture trimalléolaire de cheville droite au mois de juillet 2013, de status après fracture du poignet gauche au mois de février 2013, de status après fracture malléolaire externe gauche, compliquée d'un syndrome de Sudeck au mois de février 2012, de cervicalgies chroniques sur discopathie C5-C6 après protrusion discale sans conflit radiculaire depuis l'année 2004, de chondropathie rétropatellaire bilatérale depuis le mois de novembre 2000 et d'ostéoporose fracturaire connue depuis l'année 2013 étaient sans effet sur la capacité de travail de l'assurée. Le Dr C. _____ a précisé que sa patiente avait déjà présenté une brève période de burn-out au cours de l'année 2008 avec des troubles de l'adaptation et de l'humeur pendant quelques mois, situation qui s'était

rapidement améliorée sous l'effet de petites doses d'antidépresseurs. Au début de l'année 2014, l'assurée a subi un épisode dépressif majeur dans un contexte de grosse surcharge professionnelle. Le Dr C._____ a décrit une perte de toute confiance en elle, des troubles de la concentration, une fatigabilité accrue, des troubles de l'adaptation face aux exigences des collaborateurs et des clients, une irritabilité anormale et de grosses difficultés à affronter les problèmes. Relevant que l'activité d'enseignante n'était pas touchée par l'atteinte psychique, le Dr C._____ a estimé l'incapacité de travail de l'assurée à 50 %. Il a fait état d'un projet d'édition de livre d'architecture représentant une charge d'environ 10 % qui se déroulait bien, précisant toutefois que l'intéressée ne parvenait pas à s'y consacrer davantage. Il a pour le surplus renvoyé au psychiatre traitant, le Dr E._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

Par formulaire rempli le 28 janvier 2016, l'assurée a indiqué que si elle avait été en bonne santé, elle aurait travaillé à 100 %.

Par rapport du 11 avril 2016, le Dr E._____ a fait état des diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), et de trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9). Le traitement mis en place associait une séance de psychothérapie hebdomadaire et une médication psychotrope. Le Dr E._____ a indiqué que sa patiente avait interrompu complètement son travail au mois de juillet 2014 en raison d'un état dépressif. Elle a repris son activité d'enseignante à la Haute école B._____ au mois d'août suivant à 48 %. En raison du stress majeur et des angoisses au contact des partenaires du bureau, sa patiente avait dû arrêter son activité d'architecte indépendante. Le Dr E._____ a estimé qu'il était difficile de se prononcer quant à l'évolution future de la capacité de gain de sa patiente dans son activité indépendante en raison des rechutes récurrentes. Il a indiqué qu'une tentative d'augmentation de 10 % à 20 % du taux de travail de 52 % en qualité d'indépendante avait généré une recrudescence de la symptomatologie, une nouvelle augmentation n'étant pas à l'ordre du jour. Les activités impliquant de l'endurance, de la précision, du stress, de la rapidité, une adaptation

permanente et des tâches complexes n'étaient en conséquence plus possibles que de manière fluctuante. Le Dr E. _____ estimait la capacité de travail dans l'activité d'architecte indépendante à 10 %.

L'assurée a bénéficié de mesures d'intervention précoces selon les communications de l'OAI des 18 avril 2016 (Cours privés Adobe In Design du 11 mars au 30 juin 2016) et 29 avril 2016 (séance de coaching auprès d'U. _____ du 1^{er} juin au 31 août 2016).

Le 10 juin 2016, à la demande de l'assurée et suite à la mise en œuvre des mesures d'intervention précoces, le Dr E. _____ a complété son rapport en ces termes :

« A. _____, dans le cadre des mesures rapides de soutien professionnel par votre service, a bénéficié d'un coaching en vue d'explorer et de mettre sur pied une modeste activité indépendante, qui lui permette de redéployer sa capacité professionnelle au-delà de 50 à 60 %. Très rapidement, l'état psychique de la patiente s'est péjoré dans le sens d'une accentuation majeure des angoisses et le retour d'une humeur dépressive nettement plus marquée. L'amélioration que nous avons pu constater les dernières semaines auparavant a disparu et nous retrouvons un état particulièrement préoccupant.

Après un temps de réévaluation, nous devons réviser le taux d'incapacité de travail et le situer clairement à 50 %, correspondant à la part d'activité indépendante. En effet, la patiente s'efforce d'assumer au mieux son engagement d'enseignante dans lequel elle se sent reconnue, respectée et appréciée : elle n'a pas à y assurer le cadre qui est déjà en place et elle n'y est pas confrontée à des négociations qu'elle vit comme des conflits menaçants et insupportables.

La nouvelle activité indépendante envisagée, petite entreprise de récupération de matériaux de construction, bien que la patiente pouvait intellectuellement la valoriser, s'est révélée être un déclencheur d'angoisses incontrôlable.

Actuellement, et pour une durée indéterminée pour le moment, sans exclure une possible amélioration à très long terme, il faut considérer que A. _____ présente une incapacité de travail de 50 % à long terme. »

Dans un rapport d'évaluation du 8 septembre 2016, U. _____ a tiré les conclusions suivantes en ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée à l'issue de la mesure d'intervention précoce :

« En conclusion, il semble judicieux de « réduire la voilure », momentanément : maintenir le 50 % d'enseignement et consacrer le reste de son temps et énergie à récupérer pleinement, à recouvrer la santé et retrouver ses pleines capacités. Il est manifeste que son mode de fonctionnement actuel est très en deçà de la normalité (cerveau qui patine, grande fatigabilité, etc.). Une fragilité et anxiété importantes prévalent encore. Le monde émotionnel à fleur de peau a besoin d'être étayé et consolidé avant qu'elle puisse s'engager sans risque dans de nouvelles activités. Le taux d'activité de 50 % est un scénario à court terme, le scénario de la raison. Ce temps pourra être mis à profit par A. _____ pour adapter ses modes de fonctionnement, en apprenant d'autres modes de réponse face aux situations actuellement pathogènes. Elle pourra ainsi préparer sereinement l'avenir, tout en minimisant les risques psychosociaux au moment où elle pourra augmenter son taux d'activité (une nécessité financière). »

Dans un rapport du 8 septembre 2016 adressé à l'assureur perte de gain, le Dr E. _____ a fait état d'une atténuation modérée des symptômes dépressifs et anxieux, d'une légère diminution du repli social, d'un sentiment de persécution moins régnant et d'une légère amélioration de l'estime de soi. Si la souffrance narcissique était un peu moins massive, sa patiente restait cependant extrêmement vulnérable. Il a estimé que le travail d'enseignante à 50 % constituait la capacité de travail maximale exigible de l'assurée. L'activité d'architecte indépendante n'était pas exigible, une éventuelle reprise risquant de provoquer une nouvelle décompensation des troubles psychiques.

Par communication du 14 septembre 2016, l'OAI a prolongé la mesure d'intervention précoce (coaching) auprès d'U. _____.

Interpellé par l'OAI, le Dr E. _____ a complété son rapport le 8 septembre 2017, maintenant les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11), et de trouble de la personnalité, sans précision (F 60.9). Il a confirmé que l'assurée présentait une entière capacité de travail dans son activité d'enseignante exercée au taux de 50 %. S'agissant de l'activité d'architecte indépendante, il a estimé que l'incapacité de travail était totale et à envisager sur le long terme. En ce qui concerne les limitations fonctionnelles sur le plan psychique, il a retenu une très grande fatigabilité, une difficulté de concentration, une

labilité émotionnelle ainsi qu'une résistance au stress très réduite. Il a fait état de ce qui suit :

« Depuis notre dernier rapport, l'état de santé de la patiente s'est très lentement amélioré. En effet, à partir du moment où il est devenu clair, après une tentative infructueuse de reprise d'un petit temps d'activité d'indépendante, y compris après avoir envisagé une modification de l'orientation de cette activité d'indépendante, que cela avait engendré une péjoration grave de son état, la patiente a pu accepter que l'objectif restait plutôt de préserver son 50 % de taux actuel d'activité d'enseignante.

Très progressivement, l'état d'angoisse s'est légèrement atténué : l'humeur dépressive est à nouveau moins massive et moins systématique. Les sentiments de désespoir et de perte de sens de la vie sont moins envahissants, de même que les sentiments de persécution, qui sont moins aigus et moins fréquents. Le trouble de la personnalité, entre autres caractérisé par des sentiments de persécution et la fragilité narcissique qu'il comporte, joue clairement un rôle négatif par rapport à la capacité de travail, de manière nettement plus marqué en période de décompensation dépressive, et représente encore actuellement, une limitation majeure à une augmentation de la capacité de travail.

Présentement, l'humeur reste encore labile et la tolérance au stress est particulièrement restreinte. La fatigabilité est très présente ainsi que les difficultés de concentration. »

L'OAI a confié un mandat d'expertise au Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 26 juin 2018, ce dernier a retenu les diagnostics suivants :

- « - Trouble de la personnalité non spécifié, depuis la fin de l'adolescence, début de l'âge adulte. Du fait de la capacité de travail, nous ne pouvons pas considérer le trouble que comme partiellement décompensé.
- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée, en rémission partielle, actuellement la clinique dépressive est légère et non handicapante, depuis juillet 2014. »

Dans le cadre de l'anamnèse, l'assurée a indiqué au Dr D._____ avoir récemment découvert une allergie au gluten.

S'agissant des incohérences apparues, l'expert a relevé ce qui suit :

« Il semble difficile, formellement, de comprendre, autrement que par une sorte de « choix personnel », comment cette assurée peut travailler en tant qu'enseignante en architecture dans un cadre universitaire et ne pas être capable de travailler en tant qu'indépendante ou salariée dans le bureau qu'elle partage avec son époux. Certes, dans le cadre de son enseignement, elle évolue en binôme avec un autre enseignant et elle a à faire, selon ses dires, à des personnes plus motivées que les clients du bureau qui déchargent toute responsabilité et une partie de leur agressivité sur les architectes. Notons également que A._____ a travaillé pendant des années à 50 % de manière à pouvoir s'occuper de ses enfants. Ce n'est que quand elle a augmenté son taux d'activité et a repris la responsabilité du bureau qu'elle a présenté son premier épisode dépressif. Aujourd'hui, elle continue, selon elle, à s'occuper de l'entretien de la maison. Dans ce sens, il semble raisonnable d'imaginer qu'elle pourrait augmenter légèrement son taux d'activité jusqu'à atteindre un 70 % environ. »

Le Dr D._____ a fait état de ce qui suit en ce qui concerne l'évaluation médicale et asséurologique de l'assurée :

« 7.1 Résumé de l'évolution personnelle et professionnelle et de la santé de l'assuré, y compris de sa situation psychique, sociale et médicale actuelle

Avis concernant la personnalité de l'assuré, notamment au regard de ses ressources, avis sur le soutien reçu ou sur les difficultés rencontrées dans l'environnement social

(...)

Les divers rapports médicaux indiquent la présence d'un trouble de la personnalité non spécifié chez l'assurée. Pour rappel, cette catégorie doit être appliquée, selon la définition donnée par l'OMS dans la CIM-10, quand une personne remplit les critères généraux d'un trouble de la personnalité et présente des traits de plusieurs troubles différents de la personnalité, mais sans rencontrer complètement les critères d'aucun d'entre eux. Lors de mes entretiens j'ai observé des traits narcissiques, passivo-agressifs. Au sens de la CIM-10, ces troubles sont classés dans la rubrique Autres troubles spécifiques de la personnalité (F60.8). Ce mode durable de l'expérience vécue et des conduites qui se manifeste au niveau des cognitions (sentiment d'être injustement traitée par les autres, d'être constamment « en guerre »), affectivité (dans la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle), le fonctionnement interpersonnel et le contrôle des impulsions. Dans ce sens, il conviendrait de parler d'un trouble de la personnalité décompensé. Il faut toutefois reconnaître que celui-ci n'empêche pas l'assurée d'exercer un métier d'enseignante, d'entretenir une vie de famille qu'elle qualifie de satisfaisante, d'avoir des amis et que donc la notion de décompensation doit être pondérée.

7.2. Évaluation de l'évolution à ce jour s'agissant des traitements, des mesures de réadaptation, etc., discussion des chances de guérison

Avis sur le déroulement de la thérapie, indication des motifs d'interruption des interventions. Le cas échéant, avis concernant la question de savoir si les problèmes de coopération sont liés à la maladie ou à un manque de ressources de l'assuré. Pour l'appréciation du potentiel de réadaptation, il convient d'indiquer si les traitements effectués jusque-là ont été adéquats, si les possibilités thérapeutiques ont été épuisées, et quelle sera vraisemblablement l'évolution de la maladie. Le cas échéant, indiquer si d'autres options sont encore envisageables.

(...)

A._____ est suivie depuis plusieurs années en traitement psychiatrique et psychothérapeutique à raison d'un rendez-vous par semaine. L'intensité et le type de suivi semblent adéquats et congruents avec les diagnostics posés et mon observation clinique. La compliance est décrite comme bonne.

La prescription d'un traitement antidépresseur semble adéquate en ce qui concerne l'apparition de nouveaux épisodes dépressifs majeurs. La dose de Venlafaxine® prescrite est conforme aux recommandations.

7.3. Évaluation de la cohérence et de la plausibilité

Avis sur la présence d'une limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie et réponse à la question de savoir si des thérapies correspondant aux symptômes exposés ont été suivies (eu égard à l'intensité des souffrances)

Avis sur la question de savoir si les symptômes ou les pertes de fonctionnalité dont se plaint l'assuré sont cohérents et plausibles, et si les résultats de l'examen sont valides et compréhensibles

Discussion et appréciation des éventuelles informations divergentes ressortant du dossier ainsi que des appréciations spécialisées antérieures disponibles (par ex. rapports sur des mesures de réadaptation)

(...)

Le trouble de la personnalité me paraît être la pathologie principale chez cette assurée. En dehors des phases de décompensation dépressive franche (qu'elle ne présente certainement pas maintenant), seule cette affection sert à expliquer le fait qu'elle puisse continuer à travailler à 50% en tant qu'enseignante à l'Université.

Même si A._____ se perçoit comme triste et « dépressive », ce dont elle semble parler avant tout c'est de son sentiment d'insatisfaction, d'injustice et de manque de reconnaissance.

Elle a présenté dans le passé deux épisodes de burnout. (...)

Concernant la situation de A._____, je considère qu'elle a présenté au moins deux épisodes dépressifs majeurs (2008 et 2014). Ce dernier est en rémission partielle avec une symptomatologie actuelle légère. Ces épisodes ont contribué à l'exacerbation de certains traits de personnalité de base qui posent problème aujourd'hui du point de vue relationnel, mais qui n'empêchent pas l'assurée de travailler à 50 %, d'avoir une vie de couple et de famille, de s'occuper de son ménage, d'avoir des amis, de prendre des cours d'accordéon, etc.

7.4. Appréciation des capacités, des ressources et des difficultés

Présentation et motivation des troubles fonctionnels, des pertes de capacité et des ressources disponibles, avec appréciation critique de l'évolution sur la durée, de l'auto-évaluation de l'assuré, de sa personnalité et de sa disposition à coopérer. Le cas échéant, avis sur la manière dont la combinaison de plusieurs légers handicaps peut affaiblir la résistance ou stress de l'assuré. Le cas échéant, distinction entre les troubles fonctionnels selon qu'ils sont dus à des causes médicales ou non

Au niveau social, il existe un investissement partiellement fonctionnel (l'assurée 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, mais ceci ne l'empêche pas de travailler comme enseignante dans une école d'architecture.

Au niveau professionnel, il n'y a objectivement pas de limitation.

Au niveau de l'entretien du ménage, il n'y a pas de limitation. »

En ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée, le Dr D._____ a répondu comme il suit au questionnaire de l'OAI :

« 8.1. Capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici :

- *Combien d'heures de présence l'assuré peut-il assumer dans l'activité exercée en dernier lieu ?*

Actuellement l'assurée travaille à 52 %, ce qui équivaut à un jour et demi de présence (lundi après-midi et toute la journée de mardi) en plus du temps de préparation des cours. A côté de cela, elle participe à l'entretien de la maison (sauf en ce qui concerne les achats), participe à de nombreuses séances de thérapie et prend des cours d'accordéon. A._____ dit ne pas supporter le contact avec les clients et les rivalités existant entre confrères. Elle indique pouvoir faire face aux cours à l'université du fait de travailler en binôme et pouvoir se reposer une fois ses jours de travail finalisés. Je considère que le travail d'architecte peut être fait sans contact direct avec les clients, ceci d'autant plus lorsqu'on travaille dans une entreprise dont on est la propriétaire avec son conjoint. J'estime toutefois que les traits de personnalité dysfonctionnels impliquent un effort supplémentaire chez cette assurée, ce qui nécessite un temps de repos et/ou une diminution du rendement. Globalement, j'estime la capacité de travail de A._____ à 70 % dans son activité habituelle d'architecte.

- *Sa performance est-elle également réduite durant ce temps de présence ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?*

La performance est légèrement diminuée du fait de la fatigue et d'une légère diminution des fonctions cognitives (mémoire/concentration). Le travail d'architecte implique certes de respecter des échéances, mais également la possibilité d'organiser son temps de travail. Globalement, j'estime la capacité de travail de A. _____ à 70 % dans cette activité.

- *À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans cette activité, par rapport à un emploi à 100 % ?*

Globalement, j'estime la capacité de travail de A. _____ à 70 % dans son activité habituelle d'architecte.

- *Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil de temps ?*

Le pronostic est incertain. Ce qui est sûr, c'est qu'elle semble pouvoir toujours garder une capacité de travail résiduelle non négligeable.

8.2. Capacité de travail dans une activité correspondant aux aptitudes de l'assuré

- *Quelles devraient être les caractéristiques d'une activité adaptée de manière optimale au handicap de l'assuré ?*

L'activité d'architecte paraît adaptée dans le sens où elle permet une certaine variété de tâches et une organisation du travail personnel.

- *Quel serait le temps de présence maximal possible dans cette activité (en heures par jour) ?*

Formellement, il n'y a pas de diminution du temps de travail cliniquement justifiable. Un aménagement du temps permet toutefois à l'assurée de garder du temps pour elle en préservant le sentiment qu'elle garde une certaine maîtrise dans sa vie.

- *La performance de l'assuré serait-elle également réduite durant ce temps de présence pour une activité de ce type ? Dans l'affirmative, dans quelle mesure et pour quelles raisons ?*

La performance est légèrement diminuée du fait de la fatigue et d'une légère diminution des fonctions cognitives (mémoire/concentration). Le travail d'architecte implique certes de respecter des échéances mais également la possibilité d'organiser son temps de travail. Globalement, j'estime la capacité de travail de A. _____ à 70 % dans cette activité.

- *À quel pourcentage évaluez-vous globalement la capacité de travail de l'assuré dans une activité de ce type sur le marché ordinaire du travail, par rapport à un emploi à 100 % ?*

Globalement, j'estime la capacité de travail de A. _____ à 70 % dans son activité habituelle d'architecte.

- *Comment cette capacité de travail évoluera-t-elle au fil du temps ?*

Le pronostic est incertain. Ce qui est sûr, c'est qu'elle semble pouvoir toujours garder une capacité de travail résiduelle non négligeable.

(...) »

Dans son rapport du 9 juillet 2018, la Dre F._____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a proposé de suivre l'expertise qu'elle qualifiait de probante. Elle a retenu un trouble de la personnalité non spécifié et partiellement décompensé ainsi qu'un trouble dépressif récurrent (épisode d'intensité modérée en rémission partielle avec une clinique dépressive légère et non handicapante depuis le mois de juillet 2014). Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : « *pas d'activités statiques ; permettre l'alternance des positions, pas de position accroupie/à genoux ; pas de port régulier de charge, difficultés relationnelles et fatigabilité* ». La capacité de travail était de 70 % depuis le mois de juillet 2014 dans l'activité d'architecte et/ou d'enseignante en raison de la décompensation partielle du trouble de la personnalité.

Dans une note interne du 12 septembre 2018, l'OAI a estimé que la capacité de travail était de 70 % dans les deux activités exercées. Une appréciation du préjudice en regard des activités exercées, avant et après l'atteinte à la santé, selon des proportions diverses, s'avérait peu objective du fait que l'entreprise de l'assurée employait du personnel et du fait que l'époux de l'intéressée avait réintégré l'entreprise au mois de février 2015. En conséquence, l'OAI estimait que l'incapacité de travail se confondait avec l'invalidité vu la capacité de travail identique retenue médicalement dans les deux activités exercées antérieurement à l'atteinte à la santé.

Par projet de décision du 26 novembre 2018, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui refuser le droit à une rente de l'assurance-invalidité. Après avoir observé que l'intéressée présentait une incapacité de travail sans interruption notable depuis le 7 juillet 2014, il a retenu qu'à l'échéance du délai d'attente d'une année, elle présentait une capacité de travail de 70 % dans toutes activités, à savoir dans celle

d'architecte indépendante, dans celle d'enseignante ou dans toute autre activité. Il a finalement constaté que le degré d'invalidité s'élevait à 30 % et n'ouvrait pas le droit à une rente. En outre, dans la situation de l'assurée, aucune mesure d'ordre professionnel ne saurait diminuer le préjudice économique.

L'assurée a présenté ses objections le 8 février 2019. Elle a contesté l'expertise et ses conclusions. Elle a indiqué qu'elle épuisait sa capacité de travail résiduelle en assurant son activité d'enseignante à mi-temps. Elle a soutenu que l'expert surestimait sa capacité de travail. Elle a conclu qu'elle ne disposait d'aucune capacité de travail dans son activité d'architecte indépendante.

Dans leur avis du 27 mars 2019, les Drs G._____ et H._____, médecins au SMR, ont estimé que l'intéressée n'apportait aucun élément nécessitant un complément d'instruction ou susceptible de remettre en question le rapport du 9 juillet 2018.

Par décision du 9 avril 2019 et motivation séparée du même jour, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de prestations de l'assurée, retenant que cette dernière présentait un degré d'invalidité de 30 % qui ne donnait pas droit à une rente. Il a également refusé l'octroi de mesure d'ordre professionnel.

B. Par acte du 15 mai 2019, A._____ a déféré la décision de l'OAI du 9 avril 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à l'annulation de la décision attaquée. En substance, la recourante s'est référée à sa contestation du 8 février 2019. Elle a fait valoir d'autres atteintes à la santé incapacitantes qui n'avaient pas été prises en compte dans le cadre de la procédure administrative, annonçant la production d'un rapport de sa rhumatologue traitante.

Dans sa réponse du 12 juillet 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée. Il a soutenu que le rapport

d'expertise au dossier revêtait une entière valeur probante. L'intimé s'est pour le surplus référé au rapport de la Dre F. _____ du 9 juillet 2018 et à l'avis des Drs G. _____ et H. _____ du 27 mars 2019, pour écarter les griefs de la recourante.

Le 6 novembre 2019, la recourante a transmis un rapport du 4 juillet 2019 de la Dre J. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale. La rhumatologue traitante a retenu les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques non spécifiques, de status après traumatisme par coup du lapin en 2011 et 1999, de rhizarthrose bilatérale, de syndrome douloureux chronique, d'ostéoporose fracturaire et de troubles de la vision avec acuité visuelle résiduelle de l'œil droit de 30 % et cataracte bilatérale (status après décollement de la rétine de l'œil droit post-traumatique en 1978). Elle a estimé la capacité de travail de sa patiente à « au plus » 50 % vu les cervico-lombalgies chroniques, l'arthrose des doigts, le syndrome douloureux chronique et les problèmes psychiatriques.

L'intimé s'est déterminé sur le rapport de la Dre J. _____ le 2 décembre 2019, produisant un avis de la Dre F. _____ du 25 novembre 2019. Cette dernière a estimé que le rapport de la rhumatologue traitante confirmait les différentes atteintes articulaires et les antécédents fracturaires déjà relevés par le Dr C. _____ dans son rapport du 12 janvier 2016. Elle a rappelé que les limitations fonctionnelles y relatives figuraient déjà dans le rapport d'examen SMR du 9 juillet 2018. Elle a estimé que la maladie coéliqua découverte en 2017 n'était pas incapacitante dans le cadre d'un régime d'exclusion. Il en allait de même de la rizarthrose débutante des doigts et des lombalgies chroniques dans des activités n'exigeant ni l'utilisation en force ou en précision des mains ni le port de charges et permettant l'alternance des positions. Enfin, la baisse de l'acuité visuelle depuis 1978 ne l'avait pas limitée jusque-là. La Dre F. _____ a précisé qu'en l'absence de modifications manifestes des atteintes somatiques, celles-ci ne sauraient être incapacitantes dans une activité d'enseignante ou d'architecte indépendante, adaptée aux limitations fonctionnelles, au taux déjà abaissé de 70 %. Elle a en outre

relevé que l'estimation par la rhumatologue traitante d'une capacité de travail abaissée de 50 % comprenait aussi des problèmes psychiatriques qui n'empêchaient pourtant pas une capacité de travail de 70 % selon l'expert psychiatre. Fondé sur cet avis, l'intimé a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours et au maintien de la décision attaquée.

La recourante a été admise à sa demande au Centre hospitalier K._____ du 12 janvier au 5 février 2020 en raison d'idéations suicidaires aiguës. Le Dr KA._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic principal d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) et celui de trouble de la personnalité sans précision (F60.9).

Le 20 février 2020, la recourante a produit trois attestations d'incapacité de travail à 100 % émanant du Centre hospitalier K._____ et du Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, couvrant la période du 12 janvier 2020 au 8 mars 2020.

Le 2 avril 2020, elle a produit une nouvelle attestation d'incapacité de travail à 100 % du Dr L._____ couvrant la période du 1^{er} avril au 30 avril 2020.

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 compte tenu des fêtes pascales (art. 93 let. a et 96 al. 1 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. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité.

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). 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).

Lorsque l'assuré dispose encore d'une capacité de travail dans son activité habituelle, le taux d'invalidité est identique au taux de l'incapacité de travail (application de la méthode de la comparaison en pour-cent ; TF 9C_888/2011 du 13 juin 2012 consid. 4.4 ; 9C_137/2010 du 19 avril 2010 ; 9C_396/2009 du 12 février 2010 consid. 3.2).

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. 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).

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 pas 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.

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 quérulente 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.

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^{er} 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.

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 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 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.

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).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud rendue le 9 avril 2019 est confirmée.
- III.** Les frais judiciaires, arrêtés à 400 fr. (quatre cents francs), sont mis à la charge de A._____.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- A._____ (recourante),
- Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (intimé),
- 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).

Le greffier :