

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1036 vom 12. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__1036

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1036 du 12 février 2025

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 1036 del 12 febbraio 2025

Regeste

EXPERTISE ORDONNÉE PAR L'ADMINISTRATION, FORCE PROBANTE, REVENU D'INVALIDE, REVENU SANS INVALIDITÉ, INCAPACITÉ DE TRAVAIL, REJET DE LA DEMANDE | 28 LAI, 16 LPGA

Erwägungen

E. 12

février 2025 _____ Composition : M. Parrone , président MM. Piguët et Wiedler, juges Greffière : Mme Neurohr ***** Cause pendante entre : X. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Marine Girardin, avocate à Lausanne, et Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud , à Vevey, intimé.
_____ Art.

E. 16

LPGA ; art. 28 LAI. E n f a i t : A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est la mère de quatre enfants nés en [...], [...], 1996 et 1998. Au bénéfice de diplômes français d'aide-soignante et de professeur des écoles acquis en 1986 et 1995, elle a effectué des remplacements auprès de la Direction Générale de l'Enseignement Obligatoire du Canton de Vaud (DGEO) à des taux variables entre 2003 et 2005. Depuis 2007, elle travaillait en tant que kinésologue, thérapeute et masseuse indépendante. Elle s'est trouvée en incapacité de travail totale depuis le 22 juin 2016 et à 70 % dès le 10 octobre 2016 en raison d'une maladie de Lyme avec céphalées, fatigue et douleurs articulaires, qui s'était compliquée en arthrite de Lyme. Le 4 janvier 2017, à la demande de son assurance perte de gain maladie, l'assurée a adressé à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de détection précoce en raison d'une aggravation de ses symptômes. Selon le rapport initial de détection précoce du 8 février 2017, l'assurée a expliqué avoir été mordue par une tique au cours de l'été 2015 et avoir reçu un traitement antibiotique durant deux mois pour la maladie de Lyme. Depuis juin 2016, elle rencontrait de grandes difficultés, peinant à bouger et étant très fatiguée. Elle avait repris son activité à 30 % mais ne pouvait assurer qu'un seul massage par jour en raison de ses troubles articulaires et manquait de concentration pour d'autres soins. Elle avait réfléchi à diversifier son activité pour enseigner une introduction à la philosophie dans des classes, avait débuté une formation dans le Qi Gong et animait des ateliers de coaching. L'assurée ne souhaitait alors pas l'aide de l'OAI et pensait reprendre progressivement son travail et diversifier son activité. L'OAI a estimé qu'il n'était donc pas compétent. Le 25 septembre 2018, l'assurée a adressé à l'OAI une demande de prestations, faisant état d'une polyarthrite de Lyme et d'une polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en mai 2017 qui avaient occasionné une incapacité de travail à 100 % du 22 juin au 9 octobre 2016, à 70 % jusqu'au 22 mars 2017, à 50 % jusqu'au 8 mai 2017, à 70 % jusqu'au 3 août 2017, à 50 %

jusqu'au 26 avril 2018 puis à nouveau à 70 %. L'assurée a complété la demande en indiquant qu'elle avait effectué des remplacements à des taux variables entre le 15 décembre 2003 et le 18 mars 2005 à la DGEO, qu'elle était thérapeute indépendante au sein d'U._____ à plein temps du 1^{er} mai 2007 au 22 juin 2016 puis uniquement à 30 % depuis le 27 avril 2018 jusqu'alors. Dans le Formulaire « détermination du statut », complété le 8 novembre 2018, l'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait depuis 2007 à plein temps en tant que « thérapeute kinésologue et masseuse thérapeutique/coach en développement ou enseignante pour le canton de VD » pour raisons financières, ses filles les plus jeunes étant aux études et leur père étant au chômage. Les époux se sont séparés par la suite, à partir du 1^{er} décembre 2018. L'assurée a transmis à l'OAI une copie de ses diplômes, à savoir celui de normalisations ostéopathiques articulaires et viscérales, équilibrations bio-comportementales en kinésiologie et harmonisations avec les élixirs floraux du Dr Bach délivré en 2005, de massages classiques et thérapeutique obtenu en juin 2007, et de thérapeute en kinésiologie obtenu en 2009. En août 2005, le Département de la formation et de la jeunesse lui avait délivré une équivalence pour le diplôme de Maîtresse généraliste, premier cycle primaire. L'OAI s'est fait remettre, à sa demande, le dossier constitué par l'assureur perte de gain maladie de l'assurée. Dans un rapport du 16 décembre 2016, le Dr K._____, spécialiste en rhumatologie, indiquait que, sur la base des déclarations de l'assurée, de son examen clinique et du bilan paraclinique, il n'avait pas d'argument pour retenir une polyarthrite rhumatoïde en dépit de la présence des anti-CCP. Il était également difficile de retenir une maladie de Lyme, vu le tableau des anticorps et les traitements antibiotiques répétitifs. Le 17 janvier 2017, le Dr P._____, spécialiste en neurologie, retenait une probable symptomatologie multiforme de caractère non organique, sans argument en faveur d'une pathologie rhumatologique ou de maladie de Lyme chronifiée. Le Dr K._____ adressa l'assurée au rhumatologue L._____ afin qu'il puisse se prononcer sur une éventuelle polyarthrite rhumatoïde débutante avec anticorps anti-CCP positif, en février 2017. Dans un rapport du 1^{er} juin 2017, le Dr L._____ retenait le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive débutante, au vu des plaintes anamnestiques (polyarthralgies diffuses sans signes cliniques clairs de synovite, fatigue intense, céphalées intermittentes), des signes radiologiques de synovite et des anti-CPP positifs. Un traitement par Methotrexate 15 mg était mis en place depuis le 9 mai 2017. Le 27 juillet 2017, la Dre [...], cheffe de service de rhumatologie du [...], posait le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive diagnostiquée le 9 mai 2017. Un traitement de Plaquenil 400 mg était introduit, mais l'assurée refusait un traitement supplémentaire. Dans un rapport du 28 mai 2018, le Dr M._____, spécialiste en rhumatologie, rapportait une adhérence thérapeutique limitée et la présence de synovites douloureuses probablement liées à l'arrêt du traitement de Plaquenil entre décembre 2017 et mars 2018. L'assurée refusait toujours le traitement de Méthotrexate, de sorte que le rhumatologue proposait d'augmenter à 600 mg le traitement de Plaquenil et prescrivait de la physiothérapie. Dans un rapport du 19 décembre 2019, la Dre T._____, médecin traitante, a posé le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde séropositive présente depuis 2016 et diagnostiquée en 2017. L'assurée présentait des douleurs polyarticulaires invalidantes des petites articulations des mains, des coudes, des genoux et des hanches, occasionnant une mauvaise tolérance à l'effort prolongé, une asthénie et une force musculaire diminuée. La capacité de travail, dans toutes activités, était de 20 % dès le 12 novembre 2018. La Dre T._____ a joint à son envoi des rapports établis les 16 mai et 2 décembre 2019 par le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie.

Le Dr B. _____ rapportait en mai 2019 une faible activité de la maladie. L'assurée était sous traitement de Plaquenil 600 mg qui ne permettait pas de contrôler les douleurs de manière suffisante, mais elle refusait le traitement de Méthotrexate par crainte d'effets secondaires. En décembre 2019, il relevait des anti-CCP désormais négatifs et constatait toujours une maladie de faible activité sous traitement de Plaquenil 400 mg (DAS28 VS à 2,64). Les anti-CCP négatifs ne signifiaient pas une guérison. En réponse à une demande d'informations, le Dr K. _____ a indiqué le 17 juillet 2020 qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 2 février 2017. Le 20 juillet 2020, le Dr P. _____ a exposé que l'assurée n'était pas suivie par ses soins. Le 21 août 2020, le Dr B. _____ a indiqué que, depuis son dernier rapport, l'assurée avait diminué son traitement de Plaquenil à 200 mg, ce qui avait conduit à un gonflement de sa main et entraîné une importante raideur matinale, motivant une majoration du traitement à 400 mg. L'activité de la maladie était insuffisamment contrôlée par le traitement et l'assurée refusait toujours le traitement de Méthotrexate. L'assurée présentait une douleur à la pression des deux poignets, le Gaenslen était positif au niveau des deux mains, l'articulation trapézométacarpienne de la main droite était légèrement gonflée et douloureuse et le DAS28 VS de 2,73 montrait une activité de la maladie faible. L'assurée n'était pas en rémission. N'ayant pas prescrit d'arrêt de travail, il n'a pas précisé la capacité de travail et les limitations fonctionnelles de l'assurée. Dans un rapport du 28 août 2020, le Dr V. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait une affection somatique. À part une fatigue et une fatigabilité importante qui semblaient dues à la polyarthrite, ainsi que par moment de la tristesse et de l'anxiété liée à l'évolution de la maladie, l'assurée ne présentait pas de symptomatologie psychiatrique particulière. Elle n'était pas limitée sur le plan psychiatrique dans l'exécution des tâches journalières et ses capacités à entreprendre une activité professionnelle. Le Dr V. _____ a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation (F43.22). Le suivi était assuré toutes les trois semaines, principalement en lien avec la séparation d'avec son époux, sans médication ni hospitalisation. Sa pathologie somatique l'affectait fortement dans sa capacité de travail, ne pouvant assurer que huit séances par mois en tant que kinésologue, ainsi que dans ses activités sociales et la tenue de son ménage. Le service de rhumatologie [...] a informé l'OAI qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis son dernier rapport du 28 mai 2018 et ne pouvait compléter la demande de renseignements qui lui avait été adressée. Le 21 octobre 2020, la Dre T. _____ a exposé à l'OAI que, depuis son dernier rapport, la persistance de l'asthénie avait nécessité des adaptations des activités de la vie quotidienne avec une impossibilité de faire des activités sur l'entier de la journée. L'assurée arrivait mieux à gérer les activités et le temps de repos nécessaire pour chacune d'elles. En parallèle à l'augmentation de la fatigue, il y avait une augmentation des douleurs qui entraînaient des insomnies. L'assurée présentait une perte de force importante surtout aux membres supérieurs. Les symptômes étaient inchangés depuis plus d'une année. La Dre T. _____ a retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde avec atteinte de multiples articulations (épaules, mains, poignets, genoux, chevilles) avec raideur matinale et douleurs nocturnes occasionnelles. Son taux d'activité était resté stable et inférieur à 20 % depuis novembre 2018. Depuis 2017, elle avait adapté son activité professionnelle avec l'arrêt de la pratique des massages et des manipulations et s'était orientée vers la kinésiologie et le Tai-chi. Des mesures de réadaptation semblaient difficiles à envisager en raison de la perte de force. S'agissant des limitations fonctionnelles, la Dre T. _____ a renvoyé à la « lettre Dr B. _____ et Ex. Clinique Dr [...] », sans adresser ces documents. En février 2021, l'assurée a informé l'OAI à sa demande qu'aucune

intervention chirurgicale n'était prévue pour le moment. Elle a précisé ne pas être en assez bonne santé, ayant été diagnostiquée positive au Covid-19 en novembre 2020 et ayant de la peine à s'en remettre. Le 11 mai 2021, la Dre T. _____ a adressé à l'OAI divers rapports médicaux déjà au dossier ainsi qu'un rapport établi le 25 août 2020 par le Dr B. _____.

Le spécialiste précisait que l'assurée poursuivait le traitement de Plaquenil de manière aléatoire avec diminution périodique de la dose à 200 mg en signalant des douleurs articulaires au niveau des mains, poignets, épaules, genoux et chevilles avec raideur matinale sans réveil nocturne. Après l'examen clinique, il constatait que la maladie semblait insuffisamment contrôlée mais l'assurée refusait toujours un changement de traitement de fond. La Dre T. _____ attestait à nouveau une incapacité totale de travail dès le 1^{er} janvier 2021. Suivant l'avis de son Service médical régional (ci-après : SMR) du 9 juillet 2021, l'OAI a décidé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comportant un volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne, dont la réalisation a été confiée au Centre d'expertise D. _____ SA, plus particulièrement aux Drs G. _____, spécialiste en médecine interne générale, N. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et C. _____, spécialiste en rhumatologie. Après avoir vu l'assurée les 23 et 25 novembre 2021, les experts ont rendu leur rapport le 3 février 2022. Au terme de leurs rapports respectifs et de leur évaluation consensuelle, ils ont retenu le diagnostic incapacitant de polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive (M05.9) et les diagnostics sans effet sur la capacité de travail de maladie de Von Willebrand (D68.0), de status post zona dorsal (2016), de status post maladie de Lyme (2015) traitée par Doxycycline, de prolapsus mitral (I34.1), de polype intestinal (K63.5), d'asthme (J45), d'intolérance au lactose (E73.9) et d'antécédent de trouble de l'adaptation, réaction dépressive, dernier épisode début 2020, dans un contexte de maladie somatique et de séparation de couple. Ils ont estimé que l'assurée était incapable de travailler, du point de vue rhumatologique, dans son activité habituelle de massothérapeute depuis le 22 juin 2016. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans position statique assise ou debout prolongée, sans effort physique, sans mouvement répétitif des articulations, en particulier des poignets et des mains, avec un port de charges non itératif limité à 2,5 kg, sans travail des membres supérieurs en hauteur, sans travail en position agenouillée ni accroupie, sans déplacement, sans travail sur une échelle ou un escabeau et dans un environnement tempéré, la capacité de travail était de 50 % depuis le 16 mai 2019 (capacité complète avec diminution de rendement de 50 %), date à laquelle le Dr B. _____ avait constaté une faible activité de la polyarthrite. Un traitement de fond, comme proposé par le Dr B. _____ mais refusé par l'assurée, était susceptible d'améliorer son état de santé et sa capacité de travail dans une activité adaptée. Dans un rapport d'examen du 2 mars 2022, le SMR a repris les conclusions des experts et estimé que celles-ci étaient probantes. Le 10 juin 2022, à la demande de l'OAI, l'assurée a transmis ses comptes d'exploitation et ses décisions de taxation d'impôt pour les années 2018 à 2020, précisant qu'en 2018 l'imposition incluait son époux et que sa déclaration d'impôt pour 2021 n'avait pas encore été déposée. Le 22 juillet 2022, l'OAI a procédé à une analyse économique pour les indépendants. En examinant les comptes de l'assurée, l'OAI a constaté que les revenus générés par l'activité indépendante ne reflétaient pas une activité à 100 %, même en se référant aux meilleures années. Le fait que l'assurée ne déployait pas une capacité de travail de 100 % avant son atteinte à la santé était lié à des aspects conjoncturels, rares étant les thérapeutes alternatifs parvenant à une activité à plein temps. Aussi, afin de chiffrer le revenu sans invalidité, l'OAI a proposé de se référer aux données salariales statistiques issues de l'Enquête suisse

sur la structure des salaires (ESS), plus particulièrement le niveau de compétences 2 de la branche 96, soit 49'227 fr. en 2018 et 49'714 fr. en 2019 pour une activité à plein temps. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a relevé que certes le SMR avait considéré que l'activité habituelle n'était plus adaptée, mais qu'au vu des informations figurant sur son site internet, l'assurée dispensait des soins qui, pour certains, ne nécessitaient a priori pas d'efforts physiques conséquents et qui pourraient être adaptés à ses limitations. Dans ce cas, le revenu d'invalidité s'élèverait à 50 % du revenu sans invalidité. La division de réadaptation devrait toutefois se prononcer pour déterminer s'il pouvait être considéré si l'assurée pouvait déployer des soins à 50 % ou si une activité mieux adaptée offrirait une meilleure capacité de gains. Dans un rapport final de réadaptation du 11 août 2022, l'OAI a considéré que la poursuite de l'activité habituelle semblait être la meilleure mise en valeur possible de la capacité résiduelle de travail de l'assurée et estimé qu'une réadaptation n'était pas nécessaire. Il a ainsi arrêté le revenu sans invalidité à 49'714 fr. en 2019 et le revenu d'invalidité à 24'857 fr., se référant à l'évaluation économique du 22 juillet 2022. Le 28 septembre 2022, l'assurée a confirmé que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 100 % dans le domaine de l'enseignement et/ou des soins thérapeutiques et cours de Shibashi. Elle a précisé que, s'étant séparée en 2018 avec un enfant à charge, elle avait toutes les raisons d'assurer ses revenus par un poste salarié dans les soins ou l'enseignement, si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Le 30 septembre 2022, l'assurée a informé l'OAI par courriel qu'elle venait de subir, le 16 août précédent, une chirurgie viscérale. Le même jour, elle a transmis à l'OAI son compte de résultat 2021, sa déclaration d'impôt 2021 et la décision de taxation pour la même année. Dans un projet de décision du 20 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée de son intention d'octroyer une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars au 31 août 2019 puis une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2019 en raison d'un taux d'invalidité de 50 %. L'OAI a retenu que l'assurée était incapable de travailler depuis le mois de juin 2016 et l'était toujours à l'échéance du délai d'attente d'un an. Toutefois, ayant déposé sa demande le 27 septembre 2018 et le droit à une rente ne prenant naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois depuis le dépôt de ladite demande, les prestations ne pouvaient être allouées qu'à compter du 1^{er} mars 2019. Dès cette date, l'assurée présentait une incapacité totale de travail, dans toutes activités, ce qui ouvrait droit à une rente entière. Depuis le 16 mai 2019, son état de santé s'était amélioré et permettait de travailler à 50 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'activité habituelle de kinésologue pouvait être considérée comme adaptée, notamment en évitant les soins nécessitant des efforts physiques conséquents. Après comparaison du revenu sans invalidité de 49'714 fr. arrêté au moyen des données statistiques de l'ESS, plus particulièrement le revenu réalisé par une femme à 100 % dans le niveau de compétences 2 dans les activités de soins alternatifs à la personne, et du revenu avec invalidité de 24'857 fr. dans l'activité de thérapeute à 50 %, le degré d'invalidité de 50 % ouvrait droit à une demi-rente. Le 21 novembre 2022, l'assurée, désormais représentée par son conseil, a contesté ce projet de décision, notamment l'amélioration de son état de santé retenue par l'OAI dès le 16 mai 2019. Elle a relevé à cet égard que sa symptomatologie était restée inchangée depuis 2016, sans amélioration. Elle souffrait au demeurant toujours de limitations fonctionnelles qui réduisaient considérablement sa capacité de travail et qui rendaient son activité habituelle inadaptée. L'activité de kinésologue nécessitait d'effectuer des mouvements répétitifs des articulations, notamment des poignets et des mains, pour réaliser des tests musculaires. Le 10 février 2023, par le biais de son conseil, l'assurée a adressé à l'OAI une demande d'allocation pour impotent. Le 15 février 2023, l'assurée a

complété ses objections contre le projet de décision du 20 octobre 2022. Elle s'est prévalu du fait que l'appréciation médicale de sa capacité de travail reposait sur une évaluation insuffisamment motivée, la Dre C. _____ retenant une capacité de travail de 50 % dès le 16 mai 2019 sur la seule base du rapport du Dr B. _____. Or ce rapport était insuffisant pour fonder une telle appréciation. Le volet rhumatologique de l'expertise comportait au demeurant d'importantes contradictions et était contredit par les avis des autres médecins, notamment celui de la Dre T. _____. Le Dr Z. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant depuis juin 2020, dans un rapport du 2 février 2023, estimait que la capacité de travail était de 20 % au maximum et constatait l'existence d'un trouble de l'adaptation ayant nécessité l'introduction d'un traitement anti-dépresseur. Ces éléments étaient en outre corroborés par l'activité effectivement réalisée. L'assurée a encore soutenu que son activité de kinésologue ne saurait être considérée comme son activité habituelle, mais plus comme une activité accessoire. Dès 2018, sans atteinte à la santé, en raison de sa séparation, elle aurait opté pour une activité plus rémunératrice comme l'enseignement. Le revenu sans invalidité devait être arrêté à 73'168 francs. Enfin, elle a contesté le fait que l'activité de kinésologue soit toujours exigible, de sorte que le revenu avec invalidité ne pouvait être déterminé sur cette base. Son dossier devait ainsi être soumis au service de réadaptation pour déterminer les activités qui pouvaient être considérées comme adaptées. Sollicité pour avis, le SMR a estimé le 3 mars 2023 que sa position était inchangée, la contestation de l'assurée n'apportant aucun élément nouveau. Le service de réadaptation s'est prononcé sur les arguments soulevés par l'assurée, dans un avis du 3 avril 2023. Par courrier du 4 avril 2023, l'OAI a pris position sur les arguments soulevés par l'assurée. Il a indiqué que le SMR avait considéré que les éléments avancés n'amenaient aucun élément clinique de nature à remettre en question ses conclusions. Sollicitée pour avis, la division réadaptation avait relevé que l'assurée avait exercé exclusivement l'activité de thérapeute indépendante depuis 2007, de sorte qu'elle considérait qu'elle aurait poursuivi cette activité sans atteinte à la santé. Le revenu sans invalidité tel que fixé était au demeurant plus favorable en considérant les données de l'ESS. Concernant la fixation du revenu avec invalidité, elle relevait que l'assurée continuait à dispenser des soins qui, pour certains et selon leur descriptif habituel, ne nécessitaient pas d'efforts physiques conséquents et étaient adaptés. La poursuite de l'activité habituelle de thérapeute indépendante à 50 % était donc possible. L'assurée était par ailleurs au bénéfice de formations de médecine alternative qui pouvaient lui permettre de compléter son offre de soins. Cette situation lui était en outre favorable, dans la mesure où le revenu d'invalidé réalisé dans un autre domaine tel que l'industrie légère serait plus élevé et le préjudice économique diminué. Elle a relevé que si l'assurée avait également les compétences pour exercer une activité dans l'enseignement, en tenant compte de son âge et de ses années de service, la mise en valeur de sa capacité de travail dans son domaine habituel paraissait être la meilleure option. Si un changement d'activité était exigible, le préjudice économique engendré serait plus faible. L'OAI a ainsi indiqué que son projet de décision serait confirmé et une décision serait rendue prochainement. Le 14 avril 2023, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle l'assurée avait droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2023, étant précisé qu'une décision serait rendue prochainement pour la période rétroactive du 1^{er} mars 2019 au 30 avril 2023. Était jointe à cette décision une motivation reprenant les termes du projet de décision. Par décision du 6 juin 2023, l'OAI, par la caisse de compensation AVS, a arrêté le montant de la rente entière du 1^{er} mars au 31 août 2019 et de la demi-rente du 1^{er} septembre 2019 au 30 avril 2023, ainsi que de la rente pour enfant liée à la rente de la mère du 1^{er} mars 2019

au 31 juillet 2020 en faveur de [...], née en 1996. Le 7 juin 2023, l'assurée, par son conseil, a déposé une demande en réparation du dommage, reprochant à l'OAI de ne pas s'être reconnu compétent lors du dépôt de la demande de détection précoce et d'avoir ainsi reporté l'ouverture du droit à la rente. Par décision du 29 juin 2023, l'OAI a rejeté la demande de réparation du dommage. L'assurée a recouru contre cette décision, le 31 août 2023. B. a) Dans l'intervalle, par acte du 15 mai 2023, X._____, toujours représentée par son conseil, a interjeté un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision du 14 avril 2023, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée depuis le 1^{er} septembre 2019, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision. La recourante a contesté la valeur probante de l'expertise et l'appréciation de la capacité de travail de 50 % retenue par l'experte, ainsi que le calcul du degré d'invalidité et la fixation des revenus avec et sans invalidité. Elle a soutenu que sa capacité de travail n'était que de

E. 20

%, comme attesté par la Dre T._____, cas échéant à déterminer au moyen d'une nouvelle expertise rhumatologique. Elle a ensuite allégué que son activité de kinésologue n'était qu'accessoire et que, sans atteinte à la santé et compte tenu de la hausse de ses charges consécutives à sa séparation, elle aurait selon toute vraisemblance exercé l'activité d'enseignante lui assurant de meilleurs revenus, comme elle l'avait d'ailleurs indiqué à l'OAI. Son revenu sans invalidité devait être arrêté à 74'139 fr. en 2019. S'agissant du revenu avec invalidité, il ne pouvait être fixé en fonction de l'activité de kinésologue, laquelle n'était plus adaptée à son état de santé, mais en fonction du revenu d'une enseignante à 20 %, soit 14'827 fr. 80. Son degré d'invalidité s'élevait ainsi à 80 % et ouvrait droit à une rente entière. La recourante a encore sollicité la tenue d'une audience et son audition. La cause a été enregistrée sous la référence AI 148/23. Par réponse du 4 juillet 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a estimé que le rapport d'expertise pluridisciplinaire remplissait toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant des revenus avec et sans invalidité, il a renvoyé à la communication interne du 3 avril 2023 et relevé que la recourante avait elle-même indiqué qu'elle exerçait l'activité de thérapeute kinésologue à 100 % depuis 2007 dans le formulaire de détection précoce et déclaré aux experts qu'il s'agissait de sa dernière activité. b) Par acte du 5 juillet 2023, la recourante a interjeté un recours devant la Cour de céans contre la décision du 6 juin 2023, concluant à sa réforme en ce sens qu'une rente entière lui soit accordée du 1^{er} septembre 2019 au 30 avril 2023. La recourante a réitéré les arguments développés dans son recours du 15 mai 2023. La cause a été enregistrée sous la référence AI 208/23. Le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 208/23 et 148/23 sous le numéro AI 148/23. Par réponse du 25 juillet 2023, l'intimé a conclu au rejet du recours, renvoyant à son écriture du 4 juillet 2023. c) Répliquant le 25 septembre 2023, la recourante a précisé ses conclusions en ce sens qu'une rente entière d'invalidité lui soit accordée dès le 1^{er} mai 2023 et qu'une rente pour l'enfant [...], née en 1998, lui soit accordée du 1^{er} mars 2019 au 31 janvier 2020. La recourante a exposé que sa fille née en 1998 était en formation du 1^{er} août 2018 au 31 janvier 2020 et avait ainsi droit à une rente pour enfant liée à sa propre rente. S'agissant de l'activité de kinésologue, elle a précisé que si elle avait indiqué un taux de 100 % dans le formulaire de détection précoce, la rubrique en question concernait toute activité y compris accessoire, et relevé que l'OAI lui-même avait observé que cette activité n'avait jamais excédé 20 % au regard de l'analyse économique réalisée. Aussi, il était désormais contraire à la bonne foi de prendre en compte cette activité à 100 % à titre de

revenu sans invalidité. Elle a ajouté que sa nouvelle rhumatologue, la Dre J._____, lui avait prescrit un nouveau traitement et qu'elle n'arrivait désormais plus à effectuer un soin d'une heure de kinésithérapie par semaine comme constaté dans l'évaluation d'impotence du 22 août 2023. Son activité de kinésiologue ne pouvait donc être considérée comme adaptée et servir de base au revenu d'invalidité. Par duplique du 19 octobre 2023, l'intimé a confirmé sa conclusion en rejet du recours, conformément aux arguments précédemment développés. S'agissant de la demande de rente pour enfant concernant [...], l'intimé a renvoyé à une détermination de la Caisse cantonale vaudoise de compensation AVS du 17 octobre 2023 et, suivant cet avis, a indiqué qu'une décision séparée serait rendue pour la seule rente complémentaire de cette enfant née en 1998 pour la période du 1^{er} mars 2019 au 31 janvier 2020. d) Le 7 novembre 2023, l'OAI a rendu une décision au terme de laquelle il accordait une rente pour enfant liée à la rente de la mère en faveur de l'enfant [...] née en 1998 d'un montant de 338 fr. du 1^{er} mars au 31 août 2019 et de 169 fr. du 1^{er} septembre 2019 au 31 janvier 2020. Le 19 décembre 2023, la recourante a interjeté un recours contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière pour enfant liée à la rente de la mère, dès lors qu'une rente entière était réclamée pour elle-même et que la rente pour enfant suivait sa propre rente. Cette cause a été enregistrée sous la référence AI 378/23. Le 29 décembre 2023, le juge instructeur a ordonné la jonction des causes AI 378/23 et 148/23 sous la référence AI 148/23. e) Le 22 décembre 2023, la recourante a adressé un rapport établi le 23 novembre 2023 par la Dre W._____, spécialiste en médecine interne générale, et un rapport du 15 décembre 2023 de la Dre J._____. Les deux praticiennes constataient que la maladie était actuellement active et en poussée. Les traitements médicamenteux avaient été modifiés, le Plaquenil arrêté, un traitement de fond par léflunomide introduit et arrêté, puis une corticothérapie introduite. De l'avis des médecins, la capacité de travail était nulle. Le 24 janvier 2024, l'intimé a confirmé sa conclusion en rejet du recours, se référant à un avis du 22 janvier 2024 du SMR. Le SMR estimait que médicalement aucun élément ne justifiait de s'écarter des conclusions de l'expertise. Le rapport de la Dre W._____ ne faisait que rapporter les plaintes de l'assurée, déjà présentes lors de l'expertise, sans contenir d'examen clinique. La fatigue était déjà rapportée aux experts et aucun élément n'attestait d'aggravation. Le rapport de la Dre J._____ attestait d'un suivi spécialisé depuis août 2023, soit postérieurement à la décision entreprise, et le traitement instauré était similaire à celui recommandé par l'expert. Rien ne permettait de s'écarter des conclusions précédentes du SMR. d) Le 25 janvier 2024, l'intimé a déposé sa réponse au recours du 19 décembre 2023 concernant la décision de rente complémentaire en faveur de l'enfant [...]. Il s'est référé aux motifs exposés dans les différentes écritures déposées dans la procédure principale. e) Dans des déterminations du 16 février 2024, la recourante a contesté l'appréciation du SMR du 22 janvier 2024, relevant que les observations des Dres W._____ et J._____ étaient diamétralement opposées à celles de l'experte rhumatologue. Le 21 mars 2024, l'intimé a indiqué n'avoir rien à ajouter. Le 19 août 2024, la recourante a adressé à la Cour de céans deux rapports des 17 juillet et 7 août 2024 établis par le Centre [...] de la Mémoire, desquels il ressortait qu'elle présentait des troubles neuropsychologiques dus à des infections au Covid-19, avec un diagnostic probable de covid-long. Une fatigue importante et des troubles du sommeil avaient été observés. La recourante a relevé que ces atteintes déterminantes n'avaient pas été relevées et discutées par les experts ou le SMR, ce qui remettait d'autant plus en cause les conclusions de l'expertise. Par écriture du 2 septembre 2024, l'intimé a maintenu ses conclusions en rejet du recours, se référant à un avis SMR du 30 août 2024. Le SMR y

estimait que les observations faites lors du bilan neuropsychologique de juillet 2024 n'avaient pas été relevées lors de l'expertise car elles s'inscrivaient dans les suites d'une infection au Covid-19 en septembre 2023. Cela ne modifiait donc pas ses précédentes conclusions. Après avoir été interpellée par le juge instructeur, la recourante a indiqué renoncer à la tenue d'une audience de débats publics, par courrier du 3 décembre 2024. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-invalidité (art. 1 al. 1 LAI [loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.20]). Les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du siège de l'office concerné (art. 56 al. 1 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) Lorsqu'un office de l'assurance-invalidité rend simultanément et avec effet rétroactif, en un ou plusieurs prononcés, des décisions par lesquelles il octroie une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée, il règle un rapport juridique complexe : le prononcé d'une rente pour la première fois et, simultanément, son augmentation, sa réduction ou sa suppression par application par analogie de la procédure de révision de l'art. 17 LPGA. Même si la partie recourante ne met en cause la décision qu'à propos de l'une des périodes entrant en considération, c'est le droit à la rente pour toutes les périodes depuis le début éventuel du droit à la rente jusqu'à la date de la décision qui forme l'objet de la contestation et l'objet du litige dans cette situation (ATF 125 V 413 consid. 2d). Les mêmes règles sont applicables lorsque dans une situation analogue, l'office de l'assurance-invalidité procède en deux temps après la procédure de préavis, comme cela est fréquemment le cas : d'abord en fixant le droit aux prestations pour la période courante, dans une première décision formelle ; ensuite en fixant la rente pour la période précédente, dans une seconde décision formelle. Cette procédure permet de verser rapidement les prestations courantes et de laisser à la caisse de compensation le temps de calculer les prestations dues à titre rétroactif, en capital et intérêts, déduction faite des prestations compensées avec celles d'autres assureurs sociaux ou de tiers ayant versé des avances (cf. art. 71 LPGA ; art. 85bis RAI). Toutefois, même si la personne assurée ne recourt que contre la première décision, le juge peut revoir le bien-fondé de la seconde décision relative à l'allocation de prestations pour une période antérieure. b) Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} mars 2019, plus particulièrement le droit à une rente entière au-delà du 31 août 2019, ainsi que le droit à une rente pour enfant liée à celle-ci. c) Dans le cadre du « développement continu de l'AI », la LAI, le RAI (règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201) et la LPGA – notamment – ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 148 V 21 consid. 5.3). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, le régime légal applicable *ratione temporis* dépend du moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, comme en l'espèce, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. 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 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. 28 al. 2 LAI (dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021), un taux d'invalidité de 40 % donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins donne droit à une demi-rente, un taux d'invalidité de 60 % au moins donne droit à trois-quarts de rente et un taux d'invalidité de 70 % au moins donne droit à une rente entière. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas atteint dans sa santé (revenu sans invalidité) est comparé à celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité ; art. 16 LPGA). c) Le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 1 et 3 LAI). d) Si le taux d'invalidité du bénéficiaire de rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (art. 17 al. 1 LPGA [dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2021]). Une diminution notable du taux d'invalidité est établie, en particulier, dès qu'une amélioration déterminante de la capacité de gain a duré trois mois sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (art. 88a al. 1 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]). Ces dispositions sont applicables, par analogie, lorsqu'un office de l'assurance-invalidité alloue, avec effet rétroactif, une rente d'invalidité temporaire ou échelonnée (ATF 145 V 209 consid. 5.3 ; 131 V 164 consid. 2.2 ; 125 V 413 consid. 2d). e) 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). 4. a) Pour 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 le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). c) Cela étant, la jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialisés externes ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Le juge des assurances ne peut, sans motifs concluants, s'écarter de l'avis exprimé par l'expert ou substituer son avis à celui exprimé par ce dernier, dont le rôle est précisément de mettre ses connaissances particulières au service de l'administration ou de la justice pour qualifier un état de fait (ATF 125 V 351 consid. 3b, en particulier 3b/aa et 3b/bb). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient à l'assuré 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_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1 ; 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 ; 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et les références citées). 5. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, comportant un volet psychiatrique, rhumatologique et de médecine interne, qui a été confiée au Centre d'expertise D._____.

Se fondant sur les conclusions des experts et les avis du SMR, il a retenu que l'assurée était capable de travailler dans son activité habituelle, qui était adaptée, à 50 %. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise, plus particulièrement de son volet rhumatologique. a) Les experts ont retenu, au terme de leur évaluation consensuelle, que l'assurée souffrait d'une atteinte rhumatologique invalidante, à savoir une polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive. L'assurée présentait également la maladie de Von Willebrand, un status post zona dorsal, un status post maladie de Lyme traitée par Doxycycline, un prolapsus mitral, un asthme et des antécédents de trouble de l'adaptation, réaction dépressive, dans un contexte de maladie somatique et de séparation de couple dont

le dernier épisode remontait au début de l'année 2020. Ces pathologies n'affectaient pas la capacité de travail, la capacité de travail étant entière sur le plan psychiatrique et de la médecine interne. Seule la polyarthrite rhumatoïde avait un effet sur la capacité de travail, laquelle était nulle dans l'activité habituelle de massothérapeute depuis le 22 juin 2016, soit dès les suspicions de la maladie, même si l'assurée avait continué son activité à des pourcentages variables pour des raisons financières. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir sans position statique prolongée, sans effort physique, sans mouvement répétitif des articulations, en particulier des poignets et des mains, avec un port de charges non itératif limité à 2,5 kg, sans travail les membres supérieurs levés en hauteur, sans travail en position agenouillée ni accroupie ou sur une échelle ou un escabeau, sans déplacement et dans environnement tempéré, l'assurée était capable de travailler à 50 %, soit à plein temps avec une diminution de rendement de 50 % au vu des arthralgies et de la fatigue inerrantes à son affection inflammatoire. Les atteintes retenues ne sont pas contestées et sont documentées, tout comme les limitations fonctionnelles. Les experts ont formulé des conclusions claires et motivées, au terme de leur évaluation consensuelle. Ils ont au demeurant chacun effectué une évaluation dans leur spécialité qui contient une anamnèse complète, prend en compte les plaintes de l'intéressée, examine les ressources et les limitations, se fonde sur un dossier complet pour émettre des constatations circonstanciées et justifier leurs conclusions. b) Aussi, il est erroné de soutenir, comme le fait la recourante, que l'évaluation de l'experte rhumatologue se fondait essentiellement sur le rapport du Dr B. _____ du 16 mai 2019, lequel ne serait pas définitif. L'experte a procédé à un examen clinique très détaillé de chacune des articulations, faisant état de ses constatations et des douleurs signalées par l'assurée. L'intéressée avait précisé que ses douleurs étaient fluctuantes, tant dans leur fréquence que leur intensité, et pouvaient toucher diverses articulations mais le plus souvent les poignets et les mains. L'experte a relevé que les radiographies des mains et des pieds dont elle disposait objectivaient l'absence d'érosion et la présence d'une rhizarthrose bilatérale, ainsi qu'une périarthrite scapulo-humérale sur tendinopathie au niveau des épaules. Aussi, à l'issue de son examen qui avait mis en évidence l'absence d'épanchement et de synovites ainsi que la présence de tuméfactions des articulations métacarpophalangiennes II et III des deux côtés, l'experte a retenu que la polyarthrite était peu active. Elle a à ce propos relevé que le Dr B. _____ avait effectué le même constat d'une maladie peu active, dans son rapport du 16 mai 2019, qu'il a confirmé par la suite le 21 août 2020. L'appréciation de l'experte se fonde dès lors sur un examen complet. Le volet rhumatologique n'apparaît en outre pas contradictoire, comme le soutient la recourante. L'experte a constaté que le traitement de Plaquenil pris par l'assurée avait permis d'améliorer la situation en supprimant les épanchements, même s'il n'avait pas fait disparaître les arthralgies. Elle a relevé que pour des raisons personnelles l'assurée ne prenait pas son traitement de Plaquenil avec rigueur, ce qui entraînait, après des arrêts du traitement, une recrudescence de la symptomatologie. En outre, comme les médecins avant elle, elle a estimé qu'un traitement de fond était susceptible d'améliorer l'état de santé. L'assurée s'y refusant depuis des années, l'experte a retenu qu'une meilleure compliance au traitement de fond pouvait être exigé d'elle. On observera encore que ce n'est qu'en août 2023, soit après réception des décisions entreprises, que l'assurée a accepté de changer son traitement et d'introduire un traitement de fond (cf. rapports du 23 novembre 2023 de la Dre W. _____ et du 15 décembre 2023 de la Dre J. _____). c) Les experts ont considéré que l'atteinte rhumatologique justifiait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle depuis le 22 juin 2016, puis une capacité de travail dans une activité adaptée à

50 % dès le 16 mai 2019, date à laquelle le Dr B. _____ avait constaté pour la première fois une faible activité de la maladie. Pour la période antérieure, les experts ont par conséquent retenu que l'assurée était totalement incapable de travailler dans toutes activités. Il n'y a dès lors pas d'incohérence comme semble le soutenir la recourante. La recourante nie encore bénéficier d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, telle que retenue par les experts, en opposant à cet avis l'appréciation de ses médecins. Il apparaît cependant que les experts, et plus particulièrement l'experte rhumatologue, ont détaillé les rapports dont l'assurée se prévaut. C'est ainsi en connaissance de cause qu'ils ont retenu une capacité de travail de 50 %, à savoir une capacité de travail totale avec une diminution de rendement de 50 % pour tenir compte des douleurs et de la fatigue inerrantes à l'affection inflammatoire. Si l'appréciation de la capacité de travail faite par la Dre T. _____ diffère de celle de l'experte, force est de constater que cette dernière se fonde sur une analyse complète et objective de la situation, ce que ne fait pas la médecin traitante. Le Dr V. _____, dans son rapport du 28 août 2020, se limite quant à lui à relever une forte limitation de la capacité de travail de l'assurée dans son activité de kinésologue, sans plus de précision. On observera que le psychiatre se prononce sur la capacité de travail sur le plan somatique alors que cela ne relève pas de sa spécialité, tandis qu'il constate une pleine capacité de travail sur le plan psychiatrique, comme l'expert psychiatre après lui. Aussi, son avis ne saurait remettre en doute les conclusions de l'expertise. Le certificat médical établi le 11 janvier 2022 par le Dr B. _____, attestant une incapacité de travail de 80 %, n'est quant à lui pas étayé et ne suffit pas à faire douter des conclusions de l'expertise. Le Dr Z. _____, médecin traitant, n'étaye pas davantage son appréciation dans son rapport du 2 février 2023, faisant état des douleurs articulaires « invalidantes et fluctuantes ». On ajoutera que lors de l'expertise, l'assurée avait indiqué aux experts travailler à 30 % dans son activité de thérapeute, soit à un taux plus élevé que celui attesté par ses propres médecins. L'assurée suivait en outre une formation d'une année sur la gestion du stress, ce qui contredit encore l'appréciation de sa capacité de travail de son médecin traitant. d) Les pièces produites par la recourante en cours de procédure ne viennent pas remettre en cause les conclusions de l'expertise. La recourante se prévaut des rapports de la Dre W. _____ du 23 novembre 2023 et de la Dre J. _____ du 15 décembre 2023. Dans son rapport, la Dre W. _____ établit un statut de l'assurée, mais ne fait pas état de ses constatations cliniques. Elle rapporte une fatigue et des douleurs, d'intensité modérée à sévère, sur la base des déclarations de sa patiente. Or les experts avaient également constaté lors de leurs examens une fatigue et pris en compte les douleurs rapportées par l'assurée, qu'elle évaluait au moins à 2-3/10 et pouvant aller à 8-9/10. Aussi, l'assurée avait déjà expliqué aux experts ce qu'elle avait mis en place dans son quotidien pour surmonter ses douleurs, de sorte que ce que rapporte la Dre W. _____ n'est pas nouveau. Il n'y a pas d'éléments concrets faisant état d'une aggravation de la situation depuis l'expertise. Quant à la Dre J. _____, que l'assurée consulte depuis le mois d'août 2023, elle relève dans son rapport des douleurs diffuses palpatoires et une limitation de flexion des doigts, comme constaté par l'experte rhumatologue lors de son examen clinique. Elle explique au demeurant avoir introduit, depuis une date inconnue, un traitement de fond, comme suggéré par les experts et les médecins traitants. Bien qu'évoquant une poussée de la maladie, pour des symptômes déjà constatés par les experts en 2022, la Dre J. _____ ne se prononce pas sur l'effet sur la capacité de travail. Aussi, son rapport n'est pas suffisamment détaillé pour permettre de douter des conclusions de l'expertise. La recourante a encore produit des rapports des 1^{er} mai et 7 août 2024 du Centre [...] de la

Mémoire ainsi qu'un rapport du 17 juillet 2024 contenant un bilan neuropsychologique. Si des troubles cognitifs ont été mis en évidence à cette occasion, il apparaît que ceux-ci sont apparus à la suite d'une nouvelle infection au Covid-19 en septembre 2023 et juillet 2024, soit postérieurement aux décisions litigieuses. Les troubles constatés par les médecins, en juillet et août 2024, ont certes été qualifiés de recrudescence d'une symptomatologie polymorphe vécue en 2015 lors de la maladie de Lyme, mais n'étaient pas présents au moment de l'expertise. Les experts ont en effet constaté une certaine fatigue, mais sans ralentissement psychomoteur ni trouble cognitif. L'assurée était alors capable de gérer son quotidien, son administratif, se déplacer à vélo ou en transports publics, faire du Tai-chi et de la méditation, lire. Les difficultés rapportées dans les rapports du centre de la mémoire ne se retrouvaient donc pas au moment de l'expertise. Survenus postérieurement à la suite d'une nouvelle atteinte à la santé, ces troubles sortent du cadre du présent litige et ne sauraient être pris en considération (ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). En cas d'aggravation de son état de santé liée à son infection au Covid-19, l'assurée peut déposer une nouvelle demande de prestations. e) L'OAI pouvait en conséquence se fonder sur les conclusions probantes de l'expertise du Centre d'expertise D._____ et considérer que l'assurée était totalement incapable de travailler en raison de sa polyarthrite rhumatoïde du 22 juin 2016 au 16 mai 2019, date à laquelle elle a recouvré une capacité de travail de 50 % (capacité de travail à 100 % avec une diminution de rendement de 50 %) dans une activité adaptée. 6. a) 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 avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut encore raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (revenu avec invalidité). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI). Cette méthode connaît deux sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a et les références citées) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1 ; TF 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in : SVR 2010 IV n° 11 p. 35). b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus avec et sans invalidité et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues (ATF 128 V 29 consid. 1). c) Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. Il se déduit en règle générale du salaire réalisé avant l'atteinte à la santé, en l'adaptant toutefois à son évolution vraisemblable jusqu'au moment déterminant de la naissance éventuelle du droit à la rente (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 134 V 322 consid. 4.1). Lorsque le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé en fonction de l'activité lucrative habituelle exercée avant l'atteinte à la santé, il convient de recourir à des données statistiques en se demandant quelle activité l'assuré aurait effectuée s'il était resté en bonne santé. On se référera en règle générale à l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. d) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. Le revenu d'invalidité d'un indépendant est, tout comme pour les salariés, celui qu'il pourrait réaliser malgré son invalidité en exerçant l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de lui, après l'exécution d'éventuelles mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail. Lorsque l'activité exercée au sein d'une entreprise après la

survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances subjectives (âge, durée d'activité, formation, genre de l'activité occupée, environnement social, domicile, etc.) et objectives (en particulier, marché du travail équilibré) de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (TF 8C_308/2017 du 27 septembre 2017 consid. 4.1 et les références ; 9C_609/2009 du 15 avril 2010 consid. 7.2.1 ; voir dans le cas d'un agriculteur : TFA I 38/06 du 7 juin 2006 consid. 3.2 et les références).

e) Dans le cas particulier d'une personne de condition indépendante, l'examen des résultats d'exploitation réalisés dans son entreprise ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure, au degré de vraisemblance prépondérante, que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle des membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs – étrangers à l'invalidité – et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (TF 8C_1/2020 du 15 octobre 2020 consid. 3.2 ; 9C_826/2017 du 28 mai 2018 consid. 5.2).

7. En l'espèce, l'OAI a considéré que l'assurée était active à 100 %, ce que celle-ci ne conteste pas. Au vu des informations transmises par l'intéressée dans les formulaires de détermination du statut, de la séparation intervenue en 2018 et de deux enfants qui étaient alors aux études, ce statut ne prête pas le flanc à la critique. Concernant le revenu sans invalidité, l'assurée soutient que son activité de massothérapeute n'était qu'accessoire. Elle allègue que, sans atteinte à la santé, c'est un emploi d'enseignante qu'elle aurait cherché, de sorte qu'il y a lieu de prendre en compte le revenu réalisé dans cette branche. Rien ne permet toutefois de retenir que, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assurée aurait travaillé comme enseignante si elle avait été en bonne santé. En effet, après l'obtention de son diplôme en France en 1995, la seule activité exercée dans ce domaine constitue des remplacements réalisés entre le 15 décembre 2003 et le 18 mars 2005. Après la reconnaissance de son diplôme français par les autorités vaudoises en 2005 et malgré le renouvellement de l'équivalence qu'elle a sollicité, il n'apparaît pas que l'assurée ait cherché à travailler dans cette profession, ne serait-ce qu'à mi-temps. C'est au contraire dans le domaine des soins qu'elle a décidé de créer son activité indépendante, en 2007. Elle a au demeurant suivi un nombre important de formations complémentaires au fil des années, y compris après le début de son incapacité de travail, en matière de Reiki, acupressure, naturopathie, huile essentielle, de RMT (mouvements rythmiques primaires) et NST (technique de rééquilibration posturale). Il ressort de l'expertise qu'elle suivait une formation de gestion du stress lorsqu'elle a rencontré les experts. On observera encore, alors que l'assurée a indiqué rencontrer des difficultés financières en raison de son incapacité de travail, de sa séparation et du chômage de son époux, que c'est son activité dans les soins qu'elle a choisie d'exercer, plutôt qu'une activité d'enseignante à temps partiel. Vu ce qui précède, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'assurée aurait poursuivi son activité dans le domaine des soins, cas échéant en cherchant un emploi en tant que salariée. Il y a donc lieu de se référer au salaire qu'un thérapeute peut réaliser, pour arrêter le revenu sans invalidité. Il ressort à cet égard de l'analyse économique pour les indépendants du 22 juillet 2022 que l'assurée n'a exercé son activité indépendante que de manière accessoire. Aussi, au vu du statut d'actif à 100 %, il n'a pas été possible pour le

service de l'OAI d'extrapoler ses revenus. Le recours à l'ESS se justifiait donc, plus particulièrement les données de la branche 96, niveau de compétences 2. Le revenu sans invalidité de 49'714 fr. peut être confirmé. Concernant le revenu d'invalidité, il doit être déterminé en fonction d'une capacité de travail de 50 % (capacité totale de travail et diminution de rendement de 50 % ; cf. consid. 5e ci-dessus). Est en revanche débattue la question de savoir si l'activité habituelle est adaptée. L'OAI considère en effet que l'activité habituelle de kinésologue de l'assurée pouvait être considérée comme étant adaptée, sous réserve d'adaptations, notamment en évitant les soins nécessitant des efforts physiques conséquents. Selon les informations recueillies par l'OAI, dans le cadre de l'analyse économique pour les indépendants, l'assurée dispense toute une gamme de soins au vu des formations suivies et des informations figurant sur son site internet. Ces soins de médecine alternative sont adaptés à ses limitations fonctionnelles, l'assurée en pratiquant même certains à titre privé, comme le Tai-chi ou le Reiki. Dans ses observations du 3 avril 2023, l'OAI a précisé qu'au vu de la description de l'activité de kinésologue retenue par l'assurance Helsana, cette activité était également adaptée aux limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon cette description, le kinésologue repère l'énergie qui s'écoule mal à travers le corps au moyen d'un test musculaire et cherche à rétablir l'harmonie entre le corps, l'esprit et l'âme. Ce test musculaire consiste la plupart du temps à demander au patient de lever le bras, mentionner un sujet et appuyer sur le bras pour voir si celui-ci tombe ou maintient sa position. Ainsi, l'activité de kinésologue est adaptée à l'état de santé de la recourante et à ses limitations fonctionnelles. La recourante ne prétend pas le contraire, se limitant à affirmer que son activité de massothérapeute n'est plus adaptée, ce que l'OAI ne soutient pas. Partant, l'OAI pouvait retenir que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et pouvait réaliser un revenu de 24'857 francs. Cette situation est par ailleurs plus favorable à l'assurée que si l'OAI avait tenu compte du revenu qu'elle pourrait réaliser dans une activité légère dans le domaine de la production et des services, dans l'industrie légère, les activités administratives ou de contrôle. Le revenu avec invalidité aurait alors été plus élevé ($4'316 \times 41,7h \times 12 / 2$, soit 26'996 fr. 60, à indexer en 2019) et le préjudice économique inférieur, n'ouvrant alors plus qu'un droit à un quart de rente. Aussi, au vu de l'âge de l'assurée, de ses années d'expérience dans le domaine des soins, l'OAI pouvait considérer que la meilleure mise en valeur de sa capacité résiduelle de travail était dans son activité habituelle. Partant, la décision de l'OAI reconnaissant à l'assurée le droit à une rente entière du 1^{er} mars au 31 août 2019 puis d'une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2019 doit être confirmée. Dès lors que la rente pour enfant est versée comme la rente à laquelle elle se rapporte (cf. art. 35 LAI), les décisions de l'OAI des 6 juin et 7 novembre 2023 se rapportant à la rente pour l'enfant [...], née en 1996, et [...], née en 1998, doivent être confirmées. 8. Vu ce qui précède, les recours doivent être rejetés et les décisions entreprises confirmées. 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 partie recourante, vu le sort de ses conclusions. Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).