

VD_GERICHTE ZD23.021271 vom 12. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZD23.021271

FR: VD_GERICHTE ZD23.021271 du 12 février 2025

IT: VD_GERICHTE ZD23.021271 del 12 febbraio 2025

Erwägungen

E. 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).

- 20 - 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 18e 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

- 21 - 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

- 22 - 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

- 23 - 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

- 24 - 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

- 25 - 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 le médecin traitant. 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

- 26 - 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 1er 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

- 27 - 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

- 28 - 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

- 29 - 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

- 30 - 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,

- 31 - 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 1er mars au 31 août 2019 puis d'une demi-rente dès le 1er 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.

- 32 - 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 LPGA).

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