

# **NE\_GERICHTE CDP.2022.159 vom 26. Juli 2023**

NE Tribunal cantonal, 2023-07-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2022.159](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2022.159)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2022.159 du 26 juillet 2023

IT: NE\_GERICHTE CDP.2022.159 del 26 luglio 2023

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 129 V 354 cons. 1), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que les faits sur lesquels se fonde la demande de rente sont antérieurs à cette date ( ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et les références citées).

### **E. 3**

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 3 RAI ), elle doit examiner la cause au plan matériel – soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du TF du 16.06.2015 [9C\_721/2014] cons. 3.1) – et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Les dispositions légales et les principes jurisprudentiels en matière de révision de la rente d'invalidité sont applicables par analogie à l'examen matériel d'une nouvelle demande (art. 17 LPGA ; 87 al. 2 et 3 RAI ; ATF 141 V 9 cons. 2.3, 130 V 64 cons. 5.2.3, 117 V 198 cons. 4b). Cela revient à examiner si – par analogie avec l'article 17 LPGA ( ATF 133 V 108 cons. 5 et les références citées) – l'état de santé de l'assuré s'est notablement modifié depuis l'entrée en force de la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit, une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus ( ATF 133 V 108 cons. 5). L'existence d'un tel changement se juge seulement à l'aune d'une comparaison de deux états de faits qui se succèdent dans le temps (arrêt du TF du 09.03.2016 [9C\_622/2015] cons. 3.1). S'il n'y a pas eu modification notable de l'état de santé, l'administration rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci , sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge ( ATF 141 V 9 cons. 2.3, 130 V 64 cons. 2 et les arrêts cités). Un motif de révision au sens de l'article 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente.

### **E. 4**

Selon l'article 28 al. 1 LAI, 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 (let. a) ; s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; et si au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins. Si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de travail de même origine, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 28 al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29 bis RAI). Dans ce cas, le droit à la rente prend naissance sans qu'il soit nécessaire de faire courir un nouveau délai d'attente mais 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'article 29 al. 1 LAI. Le but de l'article 29 bis RAI est ainsi de faciliter à certaines conditions (connexion temporelle entre la suppression de la rente et la nouvelle demande, incapacité de travail suffisante pour l'octroi d'une rente résultant de la même atteinte à la santé) un nouvel octroi de la rente à l'assuré qui présente un regain d'invalidité sans qu'il doive subir une deuxième fois le délai d'attente (Valterio, Commentaire LAI, 2018, ad art. 28 no 17).

#### **E. 5**

En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail 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 lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGGA). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

#### **E. 6**

a/aa) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de

l'assuré ( ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les références citées). a/bb) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (cf. ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité ( ATF 142 V 106 cons. 4.3 et 4.4). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions du praticien soient bien motivées ( ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les références citées). c) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux ( ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka [Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3 e éd., 2018, p. 31 ss). c/aa) Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé ( ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les références citées). Au vu de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en ira différemment que si ces derniers font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions ( Valterio , op. cit., ad art. 57 n. 48). c/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2 bis LAI, les conditions médicales du droit aux

prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C\_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2 bis LAI) ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR ( ATF 135 V 465 cons. 4.6). c/cc) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance et du rapport thérapeutique qui l'unissent à ce dernier ( ATF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio , op. cit., ad art. 57 n. 48). Il y a ainsi lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soient établis à la demande d'une partie et soient produits pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante ( ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les références citées).

## **E. 7**

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI en liaison avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2e phrase LPGA ; ATF 141 V 281 cons. 3.7.1 ; cf. aussi ATF 127 V 294 cons. 4c in fine ). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV ( ATF 143 V 409 cons. 4.5.2, 141 V 281 cons. 2.2 et 3.2). b) Selon la jurisprudence récente, tant les syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques – y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen ( ATF 143 V 409 cons. 4.5.1 s),

ainsi que les syndromes de dépendance primaire ( ATF 145 V 215 ) – doivent en principe faire l’objet d’une procédure probatoire structurée au sens de l’ ATF 141 V 281 ( ATF 143 V 418 cons. 6 et 7 et les références citées). La question déterminante est celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d’un point de vue objectif, la personne assurée d’effectuer une prestation de travail. Ainsi, le caractère invalidant d’atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d’un examen global, en tenant compte de différents indicateurs. Les indicateurs standards devant être pris en considération en général sont classés d’après leurs caractéristiques communes. Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l’évaluation des troubles psychiques. Au sein de cette catégorie, dans le complexe « atteinte à la santé », le premier indicateur à mentionner est le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents pour le diagnostic. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Le succès du traitement ou la résistance au traitement, soit le déroulement et l’issue des traitements sont d’importants indicateurs du degré de gravité. Les troubles psychiques ne sont considérés comme invalidants que s’ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités. Le complexe « personnalité » a trait aux capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique. Quant au complexe « contexte social », il permet de faire des déductions quant aux ressources mobilisables de l’assuré. Il faut ensuite examiner si les conséquences qui sont tirées de l’analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l’examen sous l’angle de la catégorie « cohérence ». A ce titre, il convient notamment d’examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d’activité sociale avant et après l’atteinte à la santé ou d’analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés.

## **E. 8**

a) Il y a lieu de comparer les faits tels qu’ils se présentaient au moment de la décision du 20 mai 2015 – dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente – avec les circonstances régnant à l’époque de la décision litigieuse (04.05.2022), afin de vérifier si l’état de santé de l’assurée s’est notablement modifié depuis l’entrée en force de la dernière décision de manière à aboutir à une modification du degré d’invalidité. b) La décision du 20 mai 2015 par laquelle l’OAI a reconnu le droit à un quart de rente de manière temporaire (du 01.11.2013 au 28.02.2014) puis en a ordonné la suppression dès le 1 er mars 2014 se fonde en particulier sur le rapport du SMR du 5 janvier 2015. Ce rapport relate que l’assurée, en incapacité de travail durable depuis novembre 2012 pour un trouble anxio-dépressif récurrent, épisode actuel sévère, a bénéficié d’une prise en charge psychiatrique et psychologique et a ainsi pu reprendre progressivement son activité habituelle de comptable, qui est adaptée, pour aboutir à une capacité de travail de 100 % dès le 1 er septembre 2014. c) La décision litigieuse, du 4 mai 2022, repose sur les conclusions de l’expertise du SMEX. Dans leur rapport, les experts ont posé les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de status post prothèse du genou droit en 2016, status post prothèse du genou gauche en 2018 et de lombalgies. Ils ont également posé les diagnostics suivants en considérant qu’ils n’ont pas d’incidence sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent actuellement en rémission (F33.4), dysthymie (F34.1), hyperphagie associée à d’autres perturbations psychologiques (F50.4), difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat (Z61.4), déconditionnement physique sévère dans un contexte d’obésité morbide avec IMC

à 70,2 kg/m<sup>2</sup>, status post hystérectomie en 2019. S'agissant de la capacité de travail, les experts ont retenu, d'un point de vue psychiatrique, une incapacité de travail à 100 % du 16 mars 2020 à mi-janvier 2021 ; d'un point de vue orthopédique, une incapacité de travail à 100 % pour 3 mois après les opérations de prothèse totale du genou à droite en 2016 et à gauche en 2018 ; d'un point de vue de la médecine interne, une capacité de travail qui a toujours été de 100 % sauf de façon transitoire à 0 % pour une période de 6 semaines tout au plus lors de l'hystérectomie de novembre 2019. Ces conclusions ont été établies en pleine connaissance du dossier et en particulier du rapport d'expertise de la Dre H. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2020 et des différents rapports établis par les médecins traitants tant en faveur de l'OAI que de l'assureur perte de gain. Elles sont fondées sur les propres constatations des experts qui ont rencontré personnellement l'assurée et décrivent clairement le contexte médical et les plaintes exprimées. Elles sont exemptes de contradictions notables et sont dûment motivées. En particulier, l'expert psychiatre expose de manière convaincante les raisons pour lesquelles il ne retient pas les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme et d'état de stress post-traumatique, les critères de définition et les symptômes de ces atteintes à la santé n'étant pas réunis. Cet expert explique aussi de façon probante les éléments qui l'amènent à retenir, relativement au trouble dépressif récurrent, une gravité moyenne et non pas sévère s'agissant du dernier épisode, qui a abouti à l'incapacité de travail dès le 16 mars 2020. De même, il détaille de manière à emporter adhésion les motifs et le raisonnement lui permettant de retenir une amélioration progressive des troubles dépressifs pour aboutir dès la mi-janvier 2021 au diagnostic de dysthymie, trouble dont il expose que sa sévérité est insuffisante pour impacter la capacité de travail. L'expert psychiatre a par ailleurs dûment procédé à l'examen des indicateurs posés par la jurisprudence en matière d'affections psychiques. Les conditions qui permettent d'attribuer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise sont dès lors réunies. d) Il convient d'examiner si l'argumentation de la recourante peut receler un indice concret permettant de mettre en doute le bien-fondé de l'expertise du SMEX. d/aa) La recourante conteste la date du début de l'incapacité de travail telle que retenue par le SMEX. Elle fait valoir que cette date du 16 mars 2020 ne correspond en rien aux documents médicaux au dossier et ne tient pas compte des éléments pourtant attestés en 2019. Elle soutient en substance que l'incapacité de travail à prendre en considération a en réalité débuté le 24 octobre 2019. La Cour de céans observe que la demande de prestations déposée le 14 avril 2020 fait mention d'un état dépressif suite à des soucis relationnels dans le cadre du travail, une obésité morbide, des prothèses aux genoux, des difficultés pour ses déplacements et un manque de mobilité, et indique que l'atteinte existe depuis le 24 octobre 2019. Le dossier de l'assureur perte de gain joint à la demande contient notamment un écrit du Dr B. \_\_\_\_\_ qui mentionne une incapacité de travail totale du 24 octobre au 25 novembre 2019 suivie d'une incapacité de travail à 50 % dès le 6 janvier 2020 et qui constate une thymie triste, de l'anxiété et une perte de l'estime de soi. Cela étant, il convient de souligner que le SMEX s'est déterminé en connaissance des documents médicaux au dossier, et notamment de ce rapport du Dr B. \_\_\_\_\_. Il s'est prononcé sur l'incapacité de travail antérieure au 16 mars 2020, exposant à ce propos que d'un point de vue psychiatrique, la capacité de travail a, selon toute vraisemblance, été de 100 % jusqu'au 16 mars 2020 et relevant qu'antérieurement à cette date, l'assurée a été en capacité d'entreprendre de nombreuses démarches, essayant de trouver des compromis, un terrain d'entente avec son chef, qu'elle a été en capacité de reprendre son travail pendant plus de deux mois et de mener à bien les tâches qui lui ont été assignées en prévision d'un audit

dont elle espérait des résultats positifs. Il a retenu en substance que ces démarches, cette activité et l'efficacité sur le plan professionnel ne permettent pas de retenir une atteinte à la santé justifiant une incapacité de travail avant le 16 mars 2020. Le fait que le médecin traitant, qui n'est pas psychiatre, ait retenu une incapacité de travail entière du 24 octobre au 25 novembre 2019, puis partielle dès janvier 2020 en raison notamment d'une thymie triste, d'anxiété et de perte de l'estime de soi n'est pas de nature à faire naître un doute sur les conclusions de l'expertise, dont il convient de rappeler qu'elles ont été prises en connaissance du rapport du médecin traitant. Il peut du reste être relevé que dans le cadre de ses rapports adressés à l'OAI, le Dr B. \_\_\_\_\_ n'a pas fait état d'une incapacité de travail avant janvier 2020. Il peut aussi être constaté que ce médecin est le seul à avoir fait état d'une incapacité de travail partielle pour les premiers mois de 2020. Les psychiatres qui se sont exprimés sur la capacité de travail en 2020, à savoir la Dre H. \_\_\_\_\_ et la Dre A. \_\_\_\_\_ mentionnent toutes deux une incapacité de travail qui commence le 16 mars 2020. Si la Dre H. \_\_\_\_\_ rapporte certes une incapacité de travail depuis le 24 octobre 2019, il faut relever que cette information provient de l'anamnèse fournie par l'assurée et n'implique pas un endossement par l'experte, qui a fixé le début de l'incapacité de travail au 16 mars 2020. Quant à la Dre C. \_\_\_\_\_, qui affirme que sa patiente est à l'arrêt de travail depuis le 24 octobre 2019, il faut relever qu'elle ne la suit que depuis mars 2021, de sorte que son appréciation à ce sujet ne peut être qu'indirecte et n'est pas de nature à mettre en cause la valeur probante de l'expertise du SMEX, ce d'autant que dans son rapport du 15 juillet 2021 elle retenait une incapacité de travail seulement à partir du 1<sup>er</sup> mars 2021. d/bb) La recourante conteste également la fin de l'incapacité de travail telle que retenue par les experts du SMEX à mi-janvier 2021. Elle invoque le rapport du 3 mars 2021 de la Dre A. \_\_\_\_\_ qui se réfère à une capacité de travail absente depuis mars 2020 et estime que l'assurée demeure encore en incapacité de travail à 100 %. Elle invoque aussi le rapport du 15 juillet 2021 de la Dre C. \_\_\_\_\_ qui, ayant repris le suivi psychiatrique de l'assurée depuis le mois de mars 2021, retient une incapacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2021 avec un pronostic réservé. La Cour de céans observe que ces documents étaient connus des experts du SMEX et que leur évocation en instance de recours n'apporte aucun élément nouveau de nature à mettre en doute la valeur probante de leur expertise. d/cc) Il ressort de cet examen que faute pour le recours de contenir des éléments permettant de mettre en question la valeur et le bien-fondé de l'expertise du SMEX, il n'y a pas lieu de se départir de la pleine valeur probante qui lui est reconnue. e) Ainsi, la comparaison des deux situations pertinentes telles qu'elle a été effectuée sur la base de la documentation probante recueillie par l'OAI ne permet pas de retenir que l'état de santé de l'assuré s'est modifié de manière notable, c'est-à-dire suffisamment pour aboutir à une modification du degré d'invalidité ayant une incidence sur le droit à la rente, depuis la décision du 20 mai 2015.

## **E. 9**

Il convient de souligner que l'incapacité de travail retenue par les experts a porté sur la période de mi-mars 2020 à mi-janvier 2021. Cette période, inférieure à une année, est insuffisante au sens de l'article 28 al. 1 LAI pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, dès lors que l'incapacité de travail invoquée à l'appui de la demande de prestations du 14 avril 2020 est survenue dès mi-mars 2020, soit plus de trois ans après la suppression, dès mars 2014, du quart de rente d'invalidité reconnu par la décision du 20 mai 2015, l'assurée ne peut pas être mise au bénéfice de l'article 29 bis RAI (diminution de la période d'attente).

## **E. 10**

La recourante fait grief à l'OAI de ne pas avoir examiné sa capacité de gain, soit de ne pas avoir procédé à la comparaison de ses revenus. Dans ce contexte, elle évoque une mobilité réduite découlant du fait qu'elle ne peut pas rester debout plus de cinq minutes et qu'elle ne peut pas se déplacer – au surplus qu'avec des béquilles – sur un laps de temps plus long. Elle en déduit que cette limitation a un impact non seulement sur le cadre de travail lui-même mais aussi sur les possibilités de rejoindre le poste de travail, de sorte que cette limitation circonscrit drastiquement les postes susceptibles d'être adaptés à son état de santé. La Cour de céans observe qu'à défaut d'une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (art. 28 al. 1 let. b LAI), la recourante ne peut pas prétendre à une rente d'invalidité. Cela étant, et dès lors que les notions qu'elle évoque (capacité de gain, comparaison des revenus, existence de postes de travail adaptés aux limitations fonctionnelles) ne sont pertinentes que dans le cadre de la détermination de l'invalidité, détermination qui n'a pas à intervenir dans le cas présent au vu de la durée insuffisante de son incapacité de travail, ses arguments sont sans pertinence. Il peut être relevé pour le surplus que les experts ont dûment noté à titre de limitation fonctionnelle un déplacement limité à cinq minutes en position debout et que, par ailleurs et s'agissant de la possibilité de rejoindre le poste de travail, il ressort de l'expertise du SMEX que la limitation évoquée ne constitue pas un empêchement à ses obligations puisqu'elle est capable en particulier d'honorer ses nombreux rendez-vous médicaux et qu'elle se déplace seule en voiture.

#### **E. 11**

La recourante reproche aussi à l'OAI, en substance, d'avoir statué sans examiner la nécessité de mesures de réadaptation. Conformément à l'article 8 al. 1 LAI, les mesures de réadaptation ne sont ouvertes qu'aux assurés invalides ou menacés d'une invalidité au sens de l'article 8 LPGa. Pour rappel, cette dernière disposition exprime qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Dans le cas d'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée a présenté une incapacité de travail de mi-mars 2020 à mi-janvier 2021 et que dès le 16 janvier 2021 elle présente une pleine capacité de travail. Dès lors que l'incapacité de travail de dix mois est insuffisante à ouvrir le droit à une rente, l'assurée ne peut pas être considérée comme invalide. Elle ne peut pas non plus être considérée comme menacée d'invalidité dès lors que sa capacité de travail est considérée comme étant entière. Le grief de la recourante doit ainsi être écarté.

#### **E. 12**

Les considérations qui précèdent amènent au rejet du recours. Vu l'issue du litige, les frais de la procédure doivent être mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI) qui ne peut par ailleurs pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario).

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