

VS_GERICHTE S1 20 230 vom 22. März 2023

VS Kantonsgericht, 2023-03-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_20_230

FR: VS_GERICHTE S1 20 230 du 22 mars 2023

IT: VS_GERICHTE S1 20 230 del 22 marzo 2023

Regeste

S1 20 230 JUGEMENT DU 22 MARS 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause X _____, recourante, représentée par Maître Philippe Graf, avocat, 1002 Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 43 et 44 aLPGA ; valeur probante d'une expertise indépendante et de l'avis du SMR)

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur la rente entière d'invalidité accordée à la recourante pour la période limitée du 1er octobre 2017 au xx.xx 2018. Plus particulièrement, elle conteste la pleine capacité de travail qui lui a été reconnue dans une activité adaptée depuis le 1er janvier 2018.

E. 2.1

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, sur des documents émanant d'autres spécialistes. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités celle-là est incapable de travailler. Les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigée de la part de l'assuré (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Il appartient ensuite au SMR de procéder à l'évaluation médicale visant à déterminer s'il s'agit d'une atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité (art. 59 al. 2bis aLAI ; cf. CIIAI, ch. 1001 ss). Selon l'article 59 alinéa 2bis aLAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'article 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Un rapport au sens de cette disposition (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a 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. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ont notamment pour but de résumer

et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales

- 12 - contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; 122 V 157 consid. 1d ; arrêts 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 2920). Le Tribunal fédéral n'exclut cependant pas que l'assurance-invalidité statue exclusivement sur la base des pièces médicales versées au dossier (ATF 122 V 157 consid. 1d et arrêt du Tribunal fédéral U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1 avec références). Dans ces cas, l'OAI n'est pas obligé de suivre les avis des médecins qui ont examiné la personne assurée. Le médecin du SMR peut former sa propre opinion, en se prononçant sur la cohérence des rapports médicaux versés au dossier, l'adéquation des appréciations médicales afférentes et leur pertinence au regard des principes développés par la jurisprudence (cf. arrêts 9C_711/2010 du 18 mai 2011 consid. 4.3 ; 9C_766/2009 du 12 mars 2010 consid. 2.2 ; 8C_4/2010 du 29 novembre 2010 consid. 4.1 et les références ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-3486/2014 du 17 mai 2017 consid. 8.2 et C-6371/2011 du 21 août 2013).

E. 2.2

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). En particulier, les mesures d'instruction d'office nécessaires à l'examen de la demande de prestations au sens de l'article 43 LPGA ne comportent pas le droit de l'assureur de recueillir un deuxième avis (« second opinion ») sur un état de fait déjà constaté dans une expertise, lorsque celui-ci ne lui convient pas. Cette possibilité n'est pas non plus ouverte à la personne assurée. La nécessité d'administrer une nouvelle expertise dépend de la question de savoir si celle qui se trouve déjà au dossier remplit les

- 13 - exigences de forme et de fond posées pour la valeur probante d'une expertise médicale (arrêt U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2 et les références). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des

constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_796/2016 précité consid. 3.3). Enfin, les rapports et expertises de médecins internes à l'assurance ont également une valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, sont motivés de manière compréhensible, ne sont pas contradictoires en soi et qu'il n'existe aucun indice contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin soit employé par l'assureur ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité et à une partialité. Il faut au contraire des circonstances particulières qui font apparaître objectivement comme fondée la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'évaluation. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il convient toutefois d'appliquer des critères stricts à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3/ee et 122 V 161 s. consid. 1c). Les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7).

E. 2.3

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 alinéa 1 LAI en lien avec l'article 8 LPGA. 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-10 ou le DSM- V (notamment : ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêts 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2 et 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). En général, toutes les affections psychiques doivent faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l'ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418), y compris les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) et les troubles dépressifs de degré léger à moyen (ATF 143 V 409 et 418).

- 14 - En particulier, une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles douloureux somatoformes (CIM- 10 F45.4) sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Ceci est aussi valable pour les pathologies similaires (ATF 141 V 281 consid. 4.2 ; 140 V 8 consid. 2.2.1.3 ; voir aussi ATF 142 V 324), telle la fibromyalgie bien que le diagnostic de celle-ci soit d'abord le fait d'un médecin rhumatologue (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; 130 V 353 consid. 2.2.2 et 5.3.2 ; arrêt 9C_701/2020 du 6 septembre 2021 consid. 4.1). Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigée de sa part (ATF 132 V 65 consid. 4.3 ; arrêt 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2). La modification de la jurisprudence ayant conduit à l'introduction d'une grille d'évaluation normative et structurée du caractère invalidant des troubles psychiques au moyen d'indicateurs standards (ATF 143 V 409, 143 V 418 et 141 V 281) n'a rien changé à cette pratique : la fibromyalgie est toujours considérée comme faisant partie des pathologies psychosomatiques et son évaluation sur le plan de la capacité de travail est par conséquent soumise à la grille d'évaluation mentionnée (arrêts 9C_701/2020 précité consid. 4.1 et 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2). Comme auparavant, les évaluations et limitations subjectives de la personne assurée qui ne peuvent pas être expliquées d'un point de vue médical ne forment pas d'atteintes à la santé invalidantes (ATF 141 V 281 consid. 3.7.1).

La nouvelle procédure d'instruction doit se baser sur les indicateurs suivants (DFI OFAS Lettre circulaire AI n. 334) : A. Catégorie « degré de gravité fonctionnel » a. Complexe « atteinte à la santé » i. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic ii. Succès du traitement ou résistance à cet égard iii. Succès de la réadaptation ou résistance à cet égard iv. Comorbidités b. Complexe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) c. Complexe « contexte social » B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

- 15 -

E. 2.4

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid. 2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

E. 3

Dans le cas d'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles de la recourante auraient dû conduire l'OAI à lui reconnaître une incapacité de travail dans toute activité au-delà du 1er janvier 2018 et ainsi maintenir sa rente entière d'invalidité. La recourante remet en cause la valeur probante des expertises du CEMed ainsi que celle de l'avis du SMR. A son avis, de nombreux éléments du dossier démontraient que l'instruction avait été lacunaire et qu'un complément d'expertise aurait dû être ordonné.

E. 3.1

Sur le plan psychiatrique, le Dr I _____ a rendu son rapport d'expertise le 15 août 2019. Selon la recourante, l'expert avait minimisé ses souffrances et n'avait pas examiné la gravité de ses troubles à l'aune de la procédure probatoire structurée. Contrairement à ce qu'elle prétend, l'expertise psychiatrique répond à toutes les exigences jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Le Dr I _____ a repris en détail l'anamnèse du dossier, pris en compte les plaintes alléguées, puis procédé au status psychiatrique et motivé d'une manière circonstanciée les diagnostics qu'il a retenus et écartés. L'on note en particulier que la recourante n'avait aucun antécédent psychiatrique et que les raisons qui l'ont poussée à commencer un suivi auprès du Dr G _____ étaient manifestement motivées par des considérations asséculo-logiques (cf. rapport du 25 octobre 2020 du Dr G _____ précisant avoir été contacté par l'intéressée sur demande de son avocat dans le but d'avoir un bilan pour l'AI ; pièce OAI 52). Ce n'est en effet pas sur indication de son médecin traitant qu'un suivi psychiatrique a été instauré, le Dr C _____ n'évoquant aucun symptôme de cet ordre, et bien qu'une suspicion d'un trouble panique ait été retenue par la CRR, aucun traitement n'a été proposé (cf. pièces OAI 17 et 18). L'expert pouvait dès lors avec raison considérer qu'il n'existait pas de troubles

psychiques importants et qu'il ne se justifiait pas de retenir un épisode dépressif tel que diagnostiqué par le CCPP. Il n'existe

- 16 - ainsi aucune raison de remettre en doute les diagnostics de fluctuations dysthymiques (F34.1) et d'accentuation de certains traits de la personnalité, essentiellement de type anxieux (Z73.1), retenus par l'expert et leur absence de caractère incapacitant. Concernant le diagnostic de probable trouble somatoforme douloureux (F45.4), il est précisé à la recourante qu'il n'était pas attendu de l'expert qu'il reprenne en détail le schéma de l'ATF 141 V 281, du moment que son rapport permettait une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs (arrêt 9C_624/2019 du 13 janvier 2020 consid. 3.2.4 et 5). Or, le Dr I _____ a motivé d'une manière détaillée, en s'appuyant sur son examen clinique, les raisons pour lesquelles le trouble somatoforme douloureux ne présentait pas de caractères invalidant. Contrairement à ce que soutient l'intéressée, les observations qu'il a faites ne sont pas en « déconnexion totale » avec ses conclusions. L'expert arrête en effet ses diagnostics sur la base de ses constatations objectives et non des seules déclarations subjectives de sa patiente. Les passages cités par cette dernière concernent des indications qu'elle a elle-même fournies (cf. expertise du 15 août 2019, point 3 ; pièce OAI 78) et ne sauraient ainsi être décisives. Or, dans son examen clinique, l'expert n'a observé que quelques légères manifestations douloureuses, une accentuation probable des symptômes somatiques, aucune difficulté majeure de concentration, d'attention et de mémoire malgré un ralentissement global de l'expression, une intelligence dans la norme, aucun signe de fatigue, une fluidité idéique, des capacités de jugement et de raisonnement préservées, une bonne compensation affective, une absence d'anxiété et aucun trouble de la personnalité (cf. ibidem, point 4.3). Sur cette base, il a estimé que la recourante avait su conserver de bonnes ressources (cf. ibidem, point 7.4). Cette analyse est probante et il n'existe en l'état du dossier aucune raison de s'en écarter. Singulièrement, l'examen des indicateurs par le SMR ne vient nullement amoindrir la crédibilité de l'expertise, mais confirme au contraire l'absence de gravité du trouble somatoforme douloureux. La Dresse K _____ était parfaitement légitimée à le faire, au vu de la fonction remplie par les SMR (art. 59 al. 2bis aLPGA). Son absence de spécialisation en psychiatrie est du reste sans pertinence, dans la mesure où elle s'est basée directement sur les constatations de l'expert et non sur des observations auxquelles elle aurait elle-même procédé. Les critiques à l'encontre de la valeur probante de l'expertise psychiatrique du Dr I _____ ne sont dans ces conditions aucunement fondées. Par ailleurs, si le Prof. M _____ a évoqué un trouble anxieux important, son rapport du 8 avril 2021 ne se réfère à aucun élément anamnestique ou clinique qui permettrait de le justifier. L'on relève également qu'un suivi psychiatrique n'avait pas été maintenu par l'intéressée et

- 17 - qu'aucune indication permettant de rattacher le trouble anxieux important évoqué à une période antérieure au 29 septembre 2020 ne ressort du rapport fourni par la recourante au stade de sa « triplique ». Dans ces circonstances, une éventuelle aggravation de la symptomatologie psychique devrait le cas échéant faire l'objet d'une nouvelle demande (cf. supra consid. 2.4).

E. 3.2

Sur le plan somatique, la recourante a souffert depuis de nombreuses années d'atteintes dégénératives, d'une fibromyalgie, d'un excès pondéral, de migraines et d'une incontinence urinaire. La partie rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire a été réalisée par la Dresse J _____ le 8 août 2019 (pièce OAI 77). Cette expertise contient une analyse exhaustive

de l'ensembles des pièces médicales et l'experte a motivé d'une manière circonstanciée les diagnostics retenus. S'agissant de la capacité de travail, l'experte s'est d'abord prononcée sur la situation avant le by-pass de janvier 2019, puis sur la situation après celle-ci.

E. 3.2.1

Avant le by-pass de 2019, l'experte a indiqué d'une manière théorique et rétroactive que l'activité habituelle aurait pu être reprise dès mi-janvier 2017 à 50% (soit quatre mois après la chute de septembre 2016) puis qu'une activité adaptée aurait ensuite pu être augmentée à 100% en quelques mois. Sur ce point, le recourant s'efforce en vain de chercher des prétendues contradictions entre l'expertise et les autres avis médicaux. S'il existe certes des divergences d'appréciation, inhérentes à la science médicale, entre les différents médecins ayant examiné l'intéressée, il ne ressort pas de l'expertise de la Dresse J _____ que des éléments essentiels auraient été ignorés. Or, la seule présence d'une opinion contraire d'un ou de plusieurs médecins traitants ne saurait remettre en cause les conclusions d'une expertise médicale (arrêt 9C_232/2022 du 4 octobre 2022 consid. 4.1.2 et les références). A l'examen des autres rapports l'on observe que le Dr A _____ n'a fait état d'une incapacité de travail qu'au moment de son expertise, soit le 13 mars 2017, et a précisé que le pronostic était bon (cf. pièce OAI 117, p. 461). Le Dr D _____ a quant à lui déclaré que la reprise d'une activité adaptée était exigible dès le 1er janvier 2018 (cf. rapport final du 15 mars 2018 ; pièce OAI 21). Les spécialistes de la CRR ont arrêté une incapacité de travail du 30 août 2017 au 30 septembre suivant dans l'activité habituelle sans se prononcer sur une activité adaptée. Ces derniers ont en outre cité des facteurs contextuels sortant du champ médical et influençant défavorablement la reprise du travail, lesquels sont étrangers à la notion juridique d'invalidité et ne justifient dès lors aucune incapacité de travail (arrêts 8C_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 5.5,

- 18 - 8C_175/2017 du 30 octobre 2017 consid. 4.2, 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et les références ; pièce OAI 17). Le Dr B _____ a pour sa part fait état d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée (cf. rapport du

E. 3.2.2

Après la chirurgie bariatrique de janvier 2019, l'experte a indiqué que la situation clinique n'était pas stable, qu'il convenait de proposer à la recourante un

- 19 - programme de rééducation intensive en ambulatoire, et que la situation devait être réévaluée dans un délai d'une année après le by-pass (cf. expertise du 9 août 2019, point 8.1 ; pièce OAI 77). Se prononçant sur l'exercice d'une activité adaptée après le by-pass de janvier 2019, la Dresse J _____ a précisé qu'une telle activité adaptée pouvait d'abord être reprise à temps partiel (50%) en parallèle avec un programme de rééducation musculaire intensive ou avec un réentraînement musculaire global, puis qu'une augmentation progressive en quelques mois jusqu'à 100% serait possible (ibidem, point 8.2). Le SMR a déclaré que l'activité habituelle de vendeuse n'était plus exigible depuis l'opération de janvier 2019, en raison de la station debout permanente, du port de charges et des positions en porte à faux que ce poste impliquait. Dans une activité adaptée, la Dresse K _____ a estimé que le déconditionnement musculaire ne justifiait aucune diminution de la capacité de travail, dès lors qu'il n'était pas irréversible et qu'il pouvait être pris en charge par un réentraînement musculaire en ambulatoire (cf. rapport final du 20 février 2020 ; pièce OAI 95). Le déconditionnement de la recourante a été la conséquence directe et inévitable du by-pass de janvier 2019, de sorte que son incidence sur la capacité de travail

ne saurait être niée d'emblée (arrêts I 524/04 du 28 juin 2005 consid. 5 et I 597/03 du 22 mars 2004 consid. 4.1, repris dans l'arrêt 9C_809/2017 du 27 mars 2018 consid. 5.2). Ceci dit, comme indiqué par l'experte, cette perte musculaire n'a entraîné qu'une diminution partielle de 50% de la capacité de travail dans une activité légère et adaptée (depuis janvier 2019) et une reprise à 100% était attendue après quelques mois. Sur ce point l'experte est claire et il était attendu de la recourante qu'elle se soumette à un programme de réentraînement musculaire conformément à son obligation de diminuer le dommage. Il lui est en effet rappelé que la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation (ATF 138 I 205 consid. 3). Il ne peut raisonnablement être soutenu que cette information n'avait pas été communiquée directement à l'intéressée lors de son expertise, au vu de l'importance accordée à ce point par la Dresse J _____. Par ailleurs, la recourante avait déjà été informée en détail par la Dresse F _____, avant le by-pass, qu'un succès de cette opération nécessitait d'elle une augmentation tangible de son activité physique, allant jusqu'à une heure de marche par jour (cf. rapport de consultation du 6 juin 2018 ; pièce OAI 47, p. 139). L'on note au demeurant qu'elle était encouragée par ses médecins, déjà avant son opération, à reprendre une activité physique afin de réduire ses douleurs (cf. rapport du 19 septembre 2017 ; pièce OAI 17, p. 53). Dans ces conditions, la recourante était parfaitement au fait du comportement qu'elle devait

- 20 - adopter après l'opération afin de se reconditionner et ce n'est pas sans une certaine mauvaise foi qu'elle prétend n'avoir pas eu connaissance de cela. L'analyse des indicateurs a du reste fait ressortir des ressources non négligeables conservées dans le déroulement de sa vie quotidienne, qu'elle pouvait également mobiliser dans l'exercice d'une activité adaptée. Partant, on pouvait légitimement attendre de sa part qu'elle se réadapte par elle-même afin de récupérer une pleine capacité de travail dans une activité adaptée après quelques mois de réentraînement musculaire. Une absence de motivation pour s'investir dans un emploi que l'on est raisonnablement en droit d'attendre d'elle, ne saurait aucunement supprimer son obligation de réduire le dommage à l'assurance (ATF 113 V 22 consid. 4a). Cela étant, l'experte a estimé qu'une pleine capacité de travail avait été recouvrée par l'intéressée dans une activité adaptée après quelques mois, le délai d'une année pour réexaminer la situation ne concernant que l'exercice de l'activité habituelle (cf. expertise du 8 août 2019, point 8.1 ; pièce OAI 77). La durée de l'incapacité de travail causée par le by-pass de janvier 2019 ne saurait, dans ces circonstances, avoir atteint le délai d'attente d'une année nécessaire pour ouvrir le droit à des prestations (art. 28 al. 1 let. c aLAI). A cet égard, il est précisé que ce délai avait été interrompu par la récupération d'une capacité de travail de plus de 30 jours à partir de janvier 2018 (interruption notable ; art. 28 al. 1 let. b a LAI et 29ter RAI) et qu'en raison de l'origine différente de l'atteinte (déconditionnement musculaire), il s'agissait d'un nouveau cas d'assurance faisant partir un nouveau délai d'attente d'une année sans prise en compte du délai d'attente antérieur (art. 29bis RAI ; arrêts 9C_942/2015 du 18 février 2016 consid. 3.3.3, 9C_677/2012 du 3 juillet 2013 consid. 2.3 et 9C_954/2012 du 10 mai 2013 consid. 4.2). Enfin, les troubles somatiques évoqués par le Prof. M _____ dans un rapport du 8 avril 2021 concernent les mêmes atteintes dégénératives qui avaient déjà été observées lors de l'expertise de la Dresse J _____. Le fait que certaines de celles-ci soient désormais à un stade sévère ne saurait remettre en doute les conclusions de cette expertise, de telles atteintes étant inhérentes au vieillissement du corps humain et l'experte relevant que la recourante souffrait d'atteintes dégénératives modérées en rapport avec son âge (cf. expertise du 9 août

2019, point 6 ; pièce OAI 77). Du reste, ces troubles ne sauraient de toute manière avoir une incidence déterminante sur une activité légère et adaptée ne sollicitant pas les articulations concernées. Concernant le trouble cognitif très sévère cité par ce médecin rhumatologue, il s'agit manifestement d'une nouvelle atteinte liée au trouble anxieux observé qui devra être examinée dans le cadre d'une nouvelle demande. Le Dr I _____ notait en effet dans son expertise que

- 21 - l'intelligence était dans la norme et le dossier ne fait état d'aucun examen neuropsychologique.

E. 3.3

Fondé sur les éléments qui précèdent, il n'existe aucun motif susceptible de remettre en doute la valeur probante de l'avis du SMR et des expertises du CEMed. Le dossier est en outre suffisamment complet pour qu'un jugement valable puisse être rendu sur la base de celui-ci, sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'un complément d'expertise souhaité par la recourante (appréciation anticipée des moyens de preuve : ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3). 4.1. La détermination du taux d'invalidité à 2% a été effectuée conformément au système légal (art. 16 LPGa et 28a aLAI) et sort par ailleurs de l'objet du litige dans la mesure où elle n'a pas été attaquée par le recourant (ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 ; arrêt 9C_394/2010 précité consid. 3.1). 4.2. Dans ces circonstances, n'atteignant pas le taux d'invalidité minimum requis par la loi (art. 28 aLAI), l'intimé pouvait à bon droit refuser à la recourante tout droit à une rente d'invalidité au-delà du 1er mars 2018. Le recours du 28 octobre 2020 est ainsi rejeté et la décision du 29 septembre précédent confirmée. 5. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais judiciaires (art. 61 let. a LPGa, art. 83 LPGa et art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, les frais de justice, par 500 francs, au regard des principes de la couverture des coûts et de l'équivalence sont ainsi mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI). 6. La recourante n'ayant pas eu gain de cause, elle ne peut prétendre à aucun dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario), ni d'ailleurs l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté.

- 22 - 2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de X _____. 3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 22 mars 2023.

E. 7

septembre 2018 ; pièce OAI 47). Son avis ne semble cependant se baser que sur les plaintes subjectives de sa patiente et sur le diagnostic de fibromyalgie qu'il a arrêté. Or, l'expertise psychiatrique a démontré qu'une telle affection n'entraînait aucune incapacité de travail au vu des ressources conservées par la recourante, étant rappelé que les facteurs psychosomatiques ont une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé (ATF 132 V 65 consid. 4.3). L'incapacité de travail retenue par ce médecin ne saurait dès lors remettre en doute l'expertise rhumatologique. La même remarque vaut pour l'avis de la Dresse L _____ qui a fait état du même comportement particulièrement algique

observé par ses confrères (cf. rapports des

E. 10

décembre 2018 et 26 mars 2020 ; pièces OAI 92 et 101). Par ailleurs, l'obésité présentée par la recourante avant son by-pass ne saurait justifier une diminution de sa capacité de travail, dans la mesure où elle a été en mesure d'exercer différentes activités professionnelles malgré son excès pondéral de longue date (arrêt 9C_48/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.3, rappelé par exemple dans l'arrêt 9C_658/2020 du 5 février 2021 consid. 4.2). L'on note du reste que l'intéressée n'a pas contesté la décision du 30 janvier 2018 de l'assureur perte de gain mettant un terme à ses prestations au motif qu'elle avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pièce OAI 119). Enfin, au niveau psychiatrique, l'avis probant du Dr I _____ indique qu'il n'existait aucune atteinte invalidante pour la période en question (cf. supra consid. 3.1). Cela étant, l'examen clinique de la Dresse J _____ n'a pas mis en évidence d'atteinte dégénérative grave, avec des résultats rassurants et modérés par rapport à l'âge de l'intéressée. Une explication neurologique n'a en outre pas pu être apportée (cf. rapport du 8 mars 2018 du Dr E _____ ; pièce OAI 47, p. 143), l'aspect psychique de la fibromyalgie ne s'est pas révélé incapacitant et des facteurs psychosociaux ont été mis en avant. Dans ces circonstances, la date arrêtée par la Dresse K _____ au 1er janvier 2018 ne prête pas le flanc à la critique. Il s'ensuit qu'une pleine capacité de travail avait été récupérée par la recourante dans une activité adaptée depuis le 1er janvier 2018. Dans cette mesure, c'est à juste titre que l'intimé lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1er octobre 2017, soit au terme du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. c et 29 aLAI), jusqu'au 31 mars 2018 (art. 88a al. 1 RAI).

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