

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)

Faits

A. X _____, née le xx.xx 1971, mariée et mère de deux enfants majeurs, sans formation particulière, a exercé différentes activités professionnelles dans le domaine de la vente, la dernière en qualité de vendeuse auprès d'un grand distributeur depuis 2014 et jusqu'au 31 mars 2017, date de son licenciement (pièces OAI 3 et 7).

De longue date, l'assurée a souffert d'épisodes éphémères de cervicalgies ainsi que de différents troubles, dont un excès pondéral, un syndrome d'apnée du sommeil appareillée, des migraines et une incontinence urinaire (pièce OAI 47, p. 133). En septembre 2016, elle s'est retrouvée en arrêt de travail en raison d'un épisode sévère de cervicalgies et de céphalées sur troubles dégénératifs d'origine malade (prédominants en C5-C6 et C6-C7) accentuées par une chute. Malgré la mise en place de plusieurs traitements antalgiques, du port d'une minerve et de séances de physiothérapie, la symptomatologie a persisté. L'intéressée a dès lors été adressée, le 8 mars 2017, au Dr A _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, qui a retenu le diagnostic invalidant de rachialgies diffuses à très nette prédominance cervicale sur troubles dégénératifs cervicaux et sur fibromyalgie touchant essentiellement les ceintures scapulaires et lombo-pelviennes. Cet expert mandaté par l'assureur perte de gain a également été surpris par la généralisation de la symptomatologie douloureuse qui n'était pas expliquée par les documents radiologiques et a relevé que la perte du travail avait surajouté une dévalorisation psychologique. Selon lui, la conjonction de facteurs somatiques, psychologiques et non médicaux pouvait avoir des conséquences invalidantes pendant des années (pièce OAI 117, pp. 454 à 461).

B. Le 17 mars 2017, l'assurée a fait parvenir une demande de prestations à l'Office cantonal AI du Valais (ci-après : OAI), en indiquant souffrir d'arthrose dans la colonne cervicale et d'une atteinte aux disques vertébraux (pièces OAI 3 et 6).

Du 9 août 2017 au 29 août suivant, elle a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) dans le but d'effectuer une évaluation et prise en charge multidisciplinaires. Au terme de ce séjour, des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires (scoliose lombaire avec atteinte dégénérative Modic 1 en L2-L3 et antélisthésis L4-L5 de degré 1) ont été observés sans qu'existât une indication opératoire au vu notamment de l'absence d'atteinte neurologique. Sur le plan psychiatrique, une suspicion de trouble panique (F41.0) survenant auprès d'une personnalité anxieuse a été mise en avant. Selon les spécialistes de la CRR, il existait

des facteurs contextuels sortant du champ médical qui influençaient défavorablement le processus de reprise du travail (haute interférence de la douleur avec le travail, discours très centré sur les douleurs, handicap fonctionnel subjectif très élevé). Le pronostic de réinsertion dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles a dès lors été jugé de défavorable (pièce OAI 17, pp. 54 à 65).

L'assuré a également été examinée par le Dr B _____, le 19 septembre 2017. Ce spécialiste FMH en maladies rhumatismales a relevé que le séjour à la CRR n'avait apporté aucune amélioration, que sa patiente avait d'importantes douleurs (cotées entre 5 et 9/10), qu'elle présentait une obésité et que la prise en charge était particulièrement difficile (intolérance aux médicaments). Il a également cité des facteurs défavorables à une reprise d'activité (absence de toute formation professionnelle, licenciement récent, antécédents de dépression et traumatiques) ainsi qu'une discordance entre les douleurs alléguées et les trouvailles radiologiques relativement modestes. A son avis, des infiltrations lombaires étaient indiquées, de même qu'une activité physique (pièce OAI 17, pp. 52 et 53).

Selon le médecin traitant de l'assurée, le Dr C _____, généraliste, les douleurs chroniques avec lombalgies et cervicalgies associées, l'intolérance à tous les médicaments et les restrictions psychologiques de sa patiente, l'empêchaient d'exercer toute activité professionnelle (pièce OAI 17, pp. 48 à 51, et pièce OAI 18).

Dans l'intervalle, les indemnités journalières versées par l'assureur perte de gain ont pris un terme au 30 avril 2018, au motif que l'intéressée avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée (pas de port de charges de plus de 7.5 kilos et de 5 à 7 kilos de manière occasionnelle ; éviter les activités nécessitant une extension prolongée de la nuque, une élévation prolongée des bras, un maintien statique prolongé de la nuque, des rotations et extensions répétées de la nuque, le maintien prolongé du tronc en porte à faux et les mouvements de flexion-extension du tronc ; pièce OAI 119). La décision de l'assureur perte de gain n'a pas été contestée (pièce OAI 40).

Ces éléments ont été soumis au Dr D _____, spécialiste FMH en médecine interne générale auprès du Service médical régional du Rhône (ci-après : SMR). Dans son rapport final du 15 mars 2018, ce dernier a admis que les rachialgies diffuses sur troubles dégénératifs cervicaux (M54.2) et les lombalgies chroniques justifiaient les limitations fonctionnelles arrêtées par la CRR. Il a cependant estimé qu'une pleine capacité de travail avait été conservée dans une activité adaptée à ces limitations depuis le 1^{er} janvier 2018 (pièce OAI 21).

C. Par projets de décisions du 26 mars 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'une rente entière d'invalidité limitée dans le temps lui serait octroyée du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018, au motif qu'elle avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 1^{er} janvier 2018 et que son taux d'invalidité ne s'élevait désormais plus qu'à 4% à cette date. En outre, il a ajouté qu'elle ne pouvait prétendre à aucune mesure d'ordre professionnel (pièces OAI 22 à 24). L'OAI a notamment estimé que les activités suivantes pouvaient encore être exercées : employée au conditionnement de petites pièces (horlogerie, production industrielle), employée au conditionnement / emballage dans le domaine des produits alimentaires ou cosmétiques, et employée au contrôle qualité dans le domaine de la production (pièce OAI 38).

Le 20 juin 2018, l'intéressée a contesté ces projets de décisions, en indiquant que sa capacité de travail dans une activité adaptée n'était pas entière et ne lui permettait pas de retrouver un emploi sur le marché équilibré du travail. A son avis, il convenait d'ordonner une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) afin de préciser ses atteintes. Elle a ajouté qu'elle était actuellement suivie par plusieurs médecins et qu'elle transmettrait prochainement leurs rapports, priant dès lors l'OAI d'attendre avant de rendre une décision formelle (pièce OAI 34).

Une nouvelle consultation s'est déroulée le 7 septembre 2018 auprès du Dr B _____. Celui-ci a indiqué que les symptômes étaient pratiquement inchangés au niveau rachidien avec des lombo-pygalgies au premier plan, une prise pondérale de plus de 10 kilos (114 kilos), une répercussion sur le moral, des douleurs plantaires, des gonalgies, et des douleurs mal systématisées dans les membres supérieurs. Il a également relevé de nombreux points de fibrosite positifs et une marche très démonstrative. A son avis, il arrivait au bout des possibilités thérapeutiques et une intervention chirurgicale était à éviter. En revanche, il a estimé qu'une chirurgie bariatrique pouvait avoir des répercussions favorables sur les douleurs. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, il a ajouté qu'elle pouvait s'élever à 50% après le by-pass (pièce OAI 47). Par ailleurs, un examen neurologique réalisé le 8 mars 2018 auprès du Dr E _____, spécialiste FMH en neurologie, n'avait pas révélé d'anomalies particulières, mises à part des migraines sans aura (pièce OAI 47, pp. 143 et 144).

Au niveau pondéral, l'intéressée présentait de longue date un surpoids et pesait déjà 110 kilos en 2008-2009. En juillet 2018, en raison de l'arrêt de toute activité physique, son indice de masse corporelle (IMC) s'est monté à 37.7, correspondant à une obésité de classe II. L'assurée a dès lors été adressée à la Dresse F _____, spécialiste en

chirurgie générale, afin d'envisager une chirurgie bariatrique (pièce OAI 47, pp. 138 à 140). Le by-pass a eu lieu en janvier 2019 et a apporté une perte de poids importante de 43 kilos (pièce OAI 77).

Un suivi psychiatrique a en outre été instauré auprès du Dr G _____ depuis le 27 août 2018, à la demande de l'intéressée et afin d'obtenir un bilan pour l'AI. Lors de sa dernière consultation, ce psychiatre FMH a observé une patiente démonstrative, démunie, dans une situation psychosociale difficile, se disant être une victime incomprise et souffrant d'un trouble somatoforme douloureux persistant et sévère (F45.4). Il a également suspecté une limitation intellectuelle. A son avis, l'intéressée n'était pas capable d'exercer une activité professionnelle ni de suivre une mesure de réinsertion (pièce OAI 52). A partir du mois de septembre 2018, le suivi psychiatrique a été repris par la Dresse H _____ du Centre de compétences en psychiatrie et psychothérapie (ci-après : CCPP). Le 30 avril 2019, celle-ci a indiqué que sa patiente souffrait d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10) depuis 2016, d'un possible syndrome douloureux somatoforme (F45.4) depuis 2016, d'un possible trouble de la personnalité sans précision (F60.9) sous la forme d'un évitement de toute activité professionnelle par peur et angoisse de vivre une expérience similaire à la précédente, et d'un trouble de l'alimentation sans précision (F50.9). A son avis, les douleurs intenses et persistantes, la fatigabilité, le trouble de la concentration, les tensions internes et l'irritabilité rendaient impossible l'exercice de toute activité professionnelle (pièce OAI 68).

Devant ces différents diagnostics, la réalisation d'une expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été confiée aux Drs I _____, psychiatre FMH, et J _____, rhumatologue FMH, du Centre d'expertises médicales (CEMed). Le 8 août 2019, après avoir examiné l'assurée, la Dresse J _____ a retenu les diagnostics de fibromyalgie, de spondylarthrose modérée et de gonarthrose droite modérée. Elle a précisé qu'il n'existait pas de rachialgies spécifiques, que les troubles dégénératifs étaient modérés au vu de l'âge de l'intéressée, et que la perte de poids avait un effet favorable sur les gonalgies mais qu'un entraînement progressif devait être instauré afin qu'elle regagne en masse musculaire. Selon l'experte, la situation allait probablement s'améliorer et elle devait être réévaluée en janvier 2020 (soit un an après la chirurgie bariatrique) afin d'examiner la capacité de travail dans l'activité habituelle. Elle a estimé qu'une activité adaptée (essentiellement en position assise ; sans port de charges au-delà de 3 à 4 kilos, ni position en porte à faux, ni déplacements longs et nombreux, ni travail en terrain irrégulier, ni exposition au froid) pouvait en revanche être

reprise à 50% en parallèle à un programme de rééducation musculaire intensif, puis progressivement augmentée à 100% après quelques mois. Interrogée sur l'évolution de la capacité de travail, l'experte a précisé que la chute du 19 septembre 2016 avait provoqué une incapacité de travail totale pendant quatre mois, puis qu'une activité à 50% aurait pu être reprise dès mi-janvier 2017 et qu'ensuite la capacité de travail aurait théoriquement pu être augmentée à 100% en quelques mois (pièce OAI 77).

Le 15 août 2019, le Dr I _____ a examiné l'assurée sous l'angle psychiatrique et a retenu les diagnostics de fluctuations dysthymiques (F34.1), de probable syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et d'accentuation de certains traits de la personnalité, essentiellement de type anxieux (Z73.1). Il a relevé que l'intéressée n'avait pas d'antécédents psychiatriques, qu'il n'existait pas de problématique anxieuse majeure ni de trouble clinique de la personnalité, que les critères de la dépression avaient un niveau clinique léger et que l'état était globalement compensé à un niveau dysthymique. Selon l'expert, les traitements appliqués avaient permis d'apporter un rééquilibrage depuis l'appréciation négative du CCPP et les bonnes ressources conservées par l'assurée lui permettaient l'exercice à plein temps de toute activité adaptée à l'état somatique (pièce OAI 78).

Au terme de leur examen et après avoir procédé à une évaluation consensuelle le 30 septembre 2019, les experts ont conclu que l'intéressée pouvait exercer toute activité adaptée aux limitations physiques, qu'elle avait su conserver de bonnes ressources, que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle mais que la situation devait être réévaluée dans un délai d'un an à partir de la chirurgie bariatrique, et qu'un programme ambulatoire de rééducation intensive en milieu spécialisé devait être mis en place en raison de la perte de poids (pièce OAI 79).

Reprenant ces éléments, la Dresse K _____, spécialiste en médecine générale auprès du SMR, a admis que l'activité habituelle n'était plus exigible mais que l'assurée avait récupéré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis le 16 janvier 2017, puis de 100% dès le 16 mai 2017. Dans son rapport final du 5 novembre 2019, elle a précisé que les traitements somatiques (physiothérapie et antalgiques à la demande) témoignaient d'une symptomatologie douloureuse peu intense et que l'obésité n'était ni la cause ni la conséquence d'une atteinte grave et irréversible à la santé. Sur le plan psychiatrique, la Dresse K _____ a noté qu'aucun diagnostic incapacitant n'avait été retenu et que l'assurée s'était installée dans une attitude d'invalidé et avait une tendance à l'exagération et la démonstration. Elle a ajouté que

l'intéressée ne manquait pas de ressources et qu'elle n'était pas limitée uniformément dans tous les domaines.

D. Par projet de décision du 6 novembre 2019, remplaçant et annulant celui du 26 mars 2018, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'aucune rente d'invalidité ne lui serait octroyée dans la mesure où elle n'avait pas présenté une incapacité de travail durant une année et que son taux d'invalidité dans une activité adaptée ne s'élevait qu'à 2% (pièce OAI 83).

Le 6 décembre 2019, l'intéressée a contesté l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée ainsi que la fixation du taux d'invalidité. Elle a également requis la mise en place d'un stage d'observation professionnelle afin de déterminer concrètement sa capacité de travail et a invité l'OAI à préciser la spécialisation de la Dresse K _____ (pièce OAI 90). Le 31 janvier 2020, elle a complété ses objections en soutenant que le projet de décision ne correspondait pas aux conclusions des experts du CEMed, notamment quant au début de la récupération d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Elle a également invité l'OAI à mettre en œuvre un programme ambulatoire de rééducation intensive auprès de la CRR, tel que proposé par les experts, puis de procéder à un complément d'expertise. A son avis, sa situation clinique était actuellement instable et ne lui permettait pas de reprendre la moindre activité professionnelle. L'assurée a encore soutenu que l'expertise rhumatologique contredisait l'avis des Drs D _____ et A _____ s'agissant de la période comprise entre le 19 septembre 2016 et le 31 décembre 2017 (ces derniers ayant retenu une incapacité de travail totale durant cette période). Enfin, elle a versé en cause un rapport du 10 décembre 2018 de la Dresse L _____, spécialiste FMH en médecine du travail, faisant état de symptômes migraineux et de limitations sévères dans toutes les activités de la vie quotidienne. Selon l'intéressée, ce rapport renforçait les doutes relatifs aux conclusions des experts et justifiait d'autant plus la mise en œuvre d'une mesures d'instruction complémentaire (pièce OAI 93).

En réponse à ces contestations, le SMR a précisé que l'activité habituelle de vendeuse n'était plus exigible et que le déconditionnement musculaire n'était pas irréversible et n'était pas incompatible avec l'exercice d'une activité professionnelle ne demandant aucun effort physique important. S'agissant de la reprise d'une activité adaptée, la Dresse K _____ a reconnu qu'il fallait fixer la date déterminante au 1^{er} janvier 2018 afin de tenir compte des avis des Drs A _____ et D _____. Ensuite, elle a estimé que le rapport de la Dresse L _____ ne changeait pas ses conclusions, qu'il laissait apparaître des ressources conservées et que les migraines ne constituaient pas

une atteinte incapacitante. La Dresse K _____ a ajouté qu'un reconditionnement musculaire était recommandé (pièce OAI 95).

Sur cette base, l'OAI a rendu un nouveau projet de décision le 3 mars 2020, octroyant une rente entière d'invalidité limitée à l'intéressée du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018. En outre, il a ajouté que la Dresse K _____ était titulaire d'un titre post-grade, délivré en France, de spécialiste en médecine générale, reconnu par l'OFSP et correspondant au titre de « Médecin Praticien » (pièce OAI 97).

Le 20 avril 2020, l'assurée a une nouvelle fois fait valoir de nombreuses objections contre ce projet de décision, estimant en substance que l'avis du SMR ne correspondait pas aux conclusions des experts et qu'il minimisait les conséquences de la chirurgie bariatrique. Elle a en outre produit un rapport du 26 mars 2020 de la Dresse L _____, évoquant une grande détresse psychologique, un état de fatigue chronique, des douleurs chroniques, des migraines et des crises psycho-somatiques. Selon l'intéressée, cet avis était entièrement probant et venait remettre en doute les conclusions du SMR. Enfin, elle a prétendu que le Dr I _____ n'avait pas soumis le diagnostic de trouble somatoforme douloureux à la procédure probatoire structurée et qu'il avait minimisé ses souffrances, si bien qu'il convenait d'ordonner un complément d'expertise (pièces OAI 100 et 101).

Après que ces objections complémentaires lui furent communiquées le 28 avril 2020, la Dresse K _____ a soumis ses troubles psychiques à la procédure probatoire structurée, en précisant que les critères de gravité avaient déjà été abordés par l'expert, et a conclu qu'ils n'étaient pas remplis. Elle a ajouté que le délai d'une année retenu par les experts pour un reconditionnement musculaire avait été atteint, en précisant qu'il s'agissait d'un état réversible et non d'une maladie. Or, l'assurée n'avait que suivi des séances de physiothérapie peu intensives durant ce laps de temps, lesquelles ne pouvaient à son avis en rien interférer avec l'exercice d'une activité professionnelle adaptée à plein temps. Selon la Dresse K _____, le reconditionnement musculaire avait par ailleurs été préconisé uniquement afin de récupérer une capacité de travail dans l'activité habituelle de vendeuse. Elle a ajouté que selon les recommandations de la sécurité sociale française basées sur la Haute Autorité de Santé française, une chirurgie bariatrique justifiait un arrêt de travail de 28 jours, soit du 1^{er} janvier 2019 au 28 février suivant. Enfin, elle a estimé que des facteurs psychosociaux étaient présents et que la Dresse L _____ se basait essentiellement sur les allégations et ressentis de sa patiente, sans faire état d'un élément médical objectif nouveau (pièce OAI 103).

Par décision du 29 septembre 2020, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité limitée du 1^{er} octobre 2017 au 31 mars 2018. En reprenant l'avis du SMR, il a souligné que l'intéressée n'avait pas suivi de programme de reconditionnement musculaire, que celui-ci n'interférait de toute manière pas avec l'exercice d'une activité adaptée, que les conséquences de la chirurgie bariatrique avaient été prises en compte, que le rapport de la Dresse L _____ n'apportait aucun élément médical objectif nouveau et que l'analyse des indicateurs jurisprudentiels de gravité n'étaient pas remplis.

Par décision du 5 octobre 2020, l'OAI a également nié tout droit de l'intéressée à des mesures d'ordre professionnel.

E. X _____ a recouru céans le 28 octobre 2020 contre la décision du 29 septembre précédent, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire, respectivement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En substance, elle a contesté avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, en remettant en cause la valeur probante des expertises et de l'avis du SMR et soutenant que l'instruction avait été défailante.

Dans sa réponse du 9 décembre 2020, l'intimé a rejeté les critiques de la recourante quant à la valeur probante des avis du SMR et des expertises, en précisant que le rôle du SMR était de porter une appréciation sur les différents avis médicaux. Selon l'OAI, le fait d'examiner les indicateurs jurisprudentiels de gravité ne signifiait pas que le SMR remettait en cause l'expertise du Dr I _____. En outre, il a souligné que la nécessité de procéder à une réévaluation de la situation ne concernait que l'activité habituelle de vendeuse, laquelle n'était selon le SMR plus exigible.

Le 25 mars 2021, la recourante a soulevé différents points qui démontraient, selon elle, que l'analyse opérée par le SMR était insoutenable. Elle a également produit des échanges de courriels avec la CRR dans le but d'instaurer un programme de rééducation intensive, en relevant qu'un tel entraînement semblait difficilement accessible. La recourante a en outre versé en cause deux rapports des 19 février 2021 et 23 mars suivant (sous pièces 14 et 15) du Dr C _____, indiquant que les nombreuses thérapies et le by-pass n'avaient apporté aucune amélioration.

Après avoir soumis les nouvelles pièces médicales au SMR, l'intimé a rétorqué, le 4 mai 2021, que celles-ci n'apportaient aucun nouvel élément médical objectif. Il a ajouté que le SMR avait évalué les indicateurs de gravité à l'aune de l'ensemble de la documentation médicale.

Le 26 mai 2021, la recourante a soutenu que l'analyse des indicateurs de gravité aurait dû être opérée par l'expert et non le SMR. Elle a en outre produit un nouveau rapport du 8 avril précédent établi par le Prof. M _____ du Service de rhumatologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), lequel remettait à son sens en doute les conclusions des expertises du CEMed. En particulier, la recourante a relevé que ce médecin évoquait des douleurs dégénératives actuellement sévères et non modérées telles que l'avait retenu la Dresse J _____, ainsi qu'un trouble cognitif sévère, un trouble anxieux important avec des critères d'un trouble panique (F41.0) et une suspicion de trouble bipolaire. A son avis, ses troubles rhumatologiques étaient dès lors objectivés, remettant en cause les expertises et justifiant une instruction complémentaire.

Dans sa détermination du 22 juin 2021, l'OAI a indiqué qu'il revenait à la recourante de déposer une nouvelle demande en cas d'aggravation de son état de santé.

Le 24 juin 2021, la recourante a spontanément répliqué que les atteintes énumérées dans le rapport du 8 avril 2021 du CHUV étaient déjà présentes au moment du prononcé de la décision litigieuse, de sorte qu'écarter cette pièce revenait à violer son droit d'être entendu.

L'échange des écritures a été clos en date du 2 septembre 2021.

Considérant en droit

1.1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (LAI), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'AI (art. 1a à 26bis et 28 à 70), à moins que la LAI n'y déroge expressément.

Posté le 28 octobre 2020, le présent recours à l'encontre de la décision du 29 septembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

1.2. Au 1^{er} janvier 2022, des modifications législatives et réglementaires sont entrées en vigueur dans le cadre du « développement continu de l'AI » (loi fédérale sur l'assurance-invalidité [LAI] [Développement continu de l'AI], modification du 19 juin 2020, RO 2021

705, et règlement sur l'assurance-invalidité [RAI], modification du 3 novembre 2021, RO 2021 706). Conformément aux règles de droit transitoire, l'ancien droit reste en l'espèce applicable, au vu de la date de la décision litigieuse rendue avant le 1^{er} janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1).

2. Le litige porte sur la rente entière d'invalidité accordée à la recourante pour la période limitée du 1^{er} 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 1^{er} janvier 2018.

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-ci 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

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).

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 LPG), 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 LPG 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

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).

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).

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 révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

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).

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 1^{er} 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.

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 asséurologiques (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

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

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).

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.

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 1^{er} 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,

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 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 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2018. Dans cette mesure, c'est à juste titre que l'intimé lui a octroyé une rente entière d'invalidité du 1^{er} 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).

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

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

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

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

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 1^{er} 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 aLPGA, 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.

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.