

# **VS\_GERICHTE S1 18 270 vom 8. Juni 2022**

VS Kantonsgericht, 2022-06-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1 18 270](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_18_270)

FR: VS\_GERICHTE S1 18 270 du 8 juin 2022

IT: VS\_GERICHTE S1 18 270 del 8 giugno 2022

## **Regeste**

S1 18 270 JUGEMENT DU 8 JUIN 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Véronique Largey, greffière en la cause X \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Philippe Nordmann, avocat, 1002 Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (art. 44 LPG, valeur probante d'un rapport d'expertise médicale ; art. 28a al. 3 LAI, évaluation de l'invalidité en cas d'activité lucrative à temps partiel)

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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 8 novembre 2018, le présent recours contre la décision du 5 octobre précédent, reçue le 11 octobre 2018 par le précédent mandataire de la recourante, a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPG) devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPG, art. 69 al. 1 let. a LAI et art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres

- 21 - conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPG), de sorte que la Cour doit entrer en matière. Au 1er 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 1er janvier 2022 (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 138 V 176 consid. 7.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_881/2018 du 6 mars 2019 consid. 4.1). 2.1 Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'Office AI a, par décision du 5 octobre 2018, nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, en se fondant plus particulièrement sur le rapport d'expertise du 11 juillet 2018 et les diverses appréciations de son service médical. La décision précitée expose déjà les exigences jurisprudentielles qu'un rapport médical ou une expertise doivent remplir afin de revêtir pleine valeur probante. Il convient ainsi de s'y référer. 2.2.1 Comme retenu par le SMR dans les rapports correspondants des 25 juillet (pièce 249) et 1er octobre 2018 (pièce 258) puis repris par l'Office AI dans la décision querellée, le rapport d'expertise du V \_\_\_\_\_, établi le 11 juillet 2018 (pièces 246 à 248), répond en tous points aux conditions jurisprudentielles de valeur probante d'une appréciation médicale. Le contexte de cette expertise a été exposé au début du rapport, dans les motifs et circonstances de l'expertise. Les deux experts se sont fondés sur une anamnèse

complète, reproduite sur plus de quinze pages sous la rubrique « synthèse du dossier ». Sous l'angle somatique, neuf rapports médicaux supplémentaires ont été recueillis. Chaque expert a procédé à un examen dans sa spécialité, en recueillant à cette occasion les indications fournies spontanément ou sur demande par l'assurée. Chacun a ensuite posé les diagnostics spécifiques à son domaine, procédé à une évaluation médicale et médico-assurantielle séparée et répondu aux questions sur la base de ses constatations spécialisées (pièces 246 et 248). Les deux experts ont finalement mis en commun les résultats de leurs investigations respectives dans le cadre d'une évaluation consensuelle claire, cohérente et motivée (pièce 247). Dans son avis du 1er octobre 2018, le Dr Y \_\_\_\_\_ a répondu de manière pertinente (pièce 258) aux critiques formulées le 11 septembre précédent par l'assurée au sujet du

- 22 - rapport d'expertise du V \_\_\_\_\_. Selon ces réponses, l'expert-rhumatologue a effectivement relevé de nombreuses discordances au cours de son examen et les éclaircissements auxquels il a procédé étaient suffisants pour étayer ses conclusions et répondre aux questions posées (pièce 246). Quant au seul diagnostic psychiatrique retenu et estimé non incapacitant par le spécialiste du V \_\_\_\_\_, il a été motivé à satisfaction de droit, en particulier sur la base d'une l'analyse des indicateurs instaurés par la jurisprudence topique (pièce 248). A noter qu'une telle analyse avait déjà été effectuée, le 27 novembre 2017, dans le cadre du volet psychiatrique de l'expertise auprès de T \_\_\_\_\_ (pièce 229). 2.2.2.1 En procédure judiciaire, la recourante n'a plus formellement contesté la pleine valeur probante du rapport d'expertise bi-disciplinaire du 11 juillet 2018. Déposant en la présente cause de nombreuses pièces médicales, elle s'est bornée à faire valoir que celles-ci avaient révélé des problèmes neurologiques qui n'étaient pas nouveaux mais qui n'avaient pas été décelés précédemment ou qui avaient été pratiquement passés sous silence, voire attribués à des aspects psychiques. Elle en a déduit que son état de santé catastrophique, ainsi que son âge avancé et son manque de compétences en vue d'une auto-réadaptation, excluaient une capacité de travail entière dans toute activité légère et adaptée et justifiaient une invalidité totale, donc l'octroi d'une rente entière, dès 2013 au moins. La Cour a toutefois peine à déterminer quels sont les problèmes neurologiques en question. Comme relevé à juste titre par le médecin du SMR dans son avis du 5 juin 2019, les cervico-dorso-lombalgies étaient loin d'être nouvelles et les expertises neurologiques, de même que les EMG pratiqués à plusieurs reprises, n'avaient pas permis d'établir une atteinte correspondante. Les diagnostics y relatifs, complétés parfois par les mentions de syndrome, névralgie ou tendomyogélose cervico-brachial(e), de tendomyose ou douleurs cervico-scapulaire(s), d'hémi-syndrome droit ou encore de céphalées, qui ressortent des différentes pièces médicales produites par la recourante en procédure judiciaire (cf. réponses respectives des Drs JJ \_\_\_\_\_ et KK \_\_\_\_\_ des 2 et 4 mai 2014, lesquelles figuraient déjà sous les pièces 138 et 145, certificat de la Dresse LL \_\_\_\_\_ du 24 novembre 2017, attestation du Dr O \_\_\_\_\_ du 12 mars 2018, rapport provisoire de la Clinique de CC \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2018, certificat du Dr GG \_\_\_\_\_ du 28 mars 2019, rapport de la Clinique de HH \_\_\_\_\_ du 16 août 2019, rapport du Dr MM \_\_\_\_\_ du 27 décembre 2019, compte-rendu du Dr O \_\_\_\_\_ du 8 janvier 2020 et attestation du Dr GG \_\_\_\_\_ du 27 janvier 2020), ont en effet déjà été relevés et évalués, non

- 23 - seulement dans le rapport d'expertise du V \_\_\_\_\_ du 11 juillet 2018 (pièces 246 et 247), mais également dans ceux du Dr A \_\_\_\_\_ des 24 janvier 2000 (pièce 281,

pages 1218 à 1236) et 9 juillet 2001 (pièce 281, pages 1208 et 1215), de la Dresse D \_\_\_\_\_ du 19 septembre 2005 (pièce 18), du Dr E \_\_\_\_\_ du 20 février 2007 (pièce 75), du Dr A \_\_\_\_\_ du 5 juillet 2007 (pièce 84), de la Dresse F \_\_\_\_\_ du 11 janvier 2010 (pièce 108), du Dr G \_\_\_\_\_ du 5 mars 2010 (pièce 221), du Dr E \_\_\_\_\_ des 4 décembre 2012 (pièce 118) et 25 février 2014 (pièce 221, page 766 et 767), du Dr L \_\_\_\_\_ des 17 mars 2014 (pièce 135) et 9 mars 2015 (pièce 156), du Dr M \_\_\_\_\_ du 1er octobre 2014 (pièce 135), des neurologues des P \_\_\_\_\_ du 18 février 2016 (pièce 184), de la Dresse S \_\_\_\_\_ des 13 et 17 juin 2016 (pièce 194, pages 661 à 665) et du Dr Y \_\_\_\_\_ du 25 juillet 2018 (pièce 249). Au demeurant, ce dernier médecin a pertinemment souligné, en date du 5 juin 2019, que plusieurs expertises neurologiques avaient été pratiquées, de même que des EMG, sans permettre d'établir une atteinte correspondante. Il en a déduit que l'EMG préconisé le 29 avril précédent par la Dresse S \_\_\_\_\_, qui ne disposait pas de l'ensemble de l'anamnèse, n'allait pas apporter d'élément objectif et significatif nouveau. Un examen d'expertise avec EEG a effectivement été pratiqué le 9 décembre 1999 par le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Celui-ci a rapporté que les résultats des tests électro-physiologiques s'étaient révélés superposables à ceux effectués le 23 juin 1998 par un confrère neurologue. Il a posé le diagnostic principal de status après TCC mineur et distorsion cervicale simple le 11 mai 1998 (pièce 281, pages 1218 à 1236). Selon le compte-rendu rédigé le 20 février 2007 par le Dr E \_\_\_\_\_, l'examen électro-clinique avec EMG pratiqué la veille n'avait pas montré de déficit sensitivo-moteur, ni d'altération des réflexes myotatiques aux quatre membres, ni d'atteinte radiculaire irritative ou déficitaire, tant à l'étage cervical que lombo-sacré (pièce 75). Dans son rapport adressé le 5 juillet 2007 à l'Office AI, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué avoir procédé à un EMG dans le cadre de son expertise. Il a ajouté qu'hormis quelques troubles non incapacitants de cet ordre, il n'avait trouvé aucun signe d'autre atteinte neurologique significative, notamment pas d'élément en faveur d'une atteinte radiculaire des membres supérieurs et inférieurs, médullaire et encéphalique (pièce 84). Le 11 janvier 2010, la Dresse F \_\_\_\_\_ a signalé une aggravation des troubles de sa patiente depuis octobre 2009. Elle a précisé que lesdits troubles n'avaient pas été confirmés par le Dr E \_\_\_\_\_, qui les avait attribués principalement à un syndrome fibromyalgique et qui avait retrouvé à l'examen neurographique une discrète neuropathie d'enclavement bilatéral du nerf médian au tunnel carpien (pièce 108). Ce neurologue a, dans ses

- 24 - courriers des 4 décembre 2012 (pièce 118) et 25 février 2014 (pièce 221, pages 766 et 767), spécifié que les résultats des examens respectifs de la veille étaient dans les limites de la norme, en l'absence de syndrome vestibulaire ou cérébelleux, d'ataxie proprioceptive et de signe de radiculopathie cervicale irritative ou déficitaire. Même les spécialistes des P \_\_\_\_\_, mandatés par l'assurée elle-même, n'ont pas retenu d'atteinte neurologique objective dans leur rapport d'expertise privée du 18 février 2016 (pièce 184). Tel était également le cas du Dr AA \_\_\_\_\_, neurologue traitant, dans son certificat du 11 juin 2018 (pièce 255, page 1047). Tombe donc à faux le reproche formulé par la recourante dans ses écritures des 13 mai et 12 septembre 2019, selon lequel l'EMG, préconisé le 29 avril 2019 par la Dresse S \_\_\_\_\_ et à son avis indispensable, n'avait pas été effectué. 2.2.2.2 Dans sa prise de position du 5 juin 2019, le médecin du SMR a également fait remarquer que le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire avait été maintes fois évoqué et discuté en relation avec les malaises signalés par l'assurée mais qu'en 2014 déjà, le Dr N \_\_\_\_\_, cardiologue, avait souligné l'absence de pathologie cardiaque susceptible d'expliquer les symptômes et d'être à l'origine d'une incapacité de travail. La recourante a

répliqué à cet égard, dans ses observations du 12 septembre 2019, que le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire n'avait pas seulement été évoqué et discuté mais, selon l'avis du Dr O \_\_\_\_\_, avait désormais été clairement posé. Elle a déploré également que ses problèmes d'équilibre et de chute, qui ne pouvaient pas être volontaires ou simulés, n'aient pas été mentionnés parmi les diagnostics incapacitants. La mention d'insuffisance vertébro-basilaire, en lien avec des vertiges après extension de la tête et parfois accompagnés de syncopes hypotensives, des malaises hypotensifs, des chutes à répétition, des sensations de faiblesse ou de dissociation du corps, une vision en tunnel avec un voile noir devant les yeux ou des pertes de connaissance, figure dans tous les documents médicaux déposés par la recourante en la présente cause, sauf dans les comptes-rendus des radiographies du pouce gauche du 8 janvier 2019 ainsi que de la consultation du lendemain chez le Dr DD \_\_\_\_\_ et dans le rapport du Dr MM \_\_\_\_\_ du 27 décembre 2019. Une incapacité de travail clairement attestée à cause de ces symptômes ne ressort toutefois pas de ces documents. Il a en revanche été relevé, dans le rapport provisoire de la Clinique de CC \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2018, que durant ces épisodes de vertiges et de sensations de faiblesse, les paramètres vitaux étaient normaux et qu'aucune indication pour un vertige positionnel n'avait été mise en évidence. Ces différents symptômes ont néanmoins déjà été signalés avant la décision querellée du 5 octobre 2018 (cf. rapports oto-neurologiques des

- 25 - Drs I \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2013 [pièce 131, pages 329 et 330] et K \_\_\_\_\_ des 10 mars 2014 [pièce 138, page 387] puis 1er septembre 2015 [pièce 221, page 770] ; rapports cardiologiques du Dr N \_\_\_\_\_ du 9 décembre 2014 [pièce 155] et du Dr O \_\_\_\_\_ du 2 juin 2015 [pièce 166] ; rapport d'expertise du V \_\_\_\_\_ du 11 juillet 2018 [pièces 246 et 247] ; rapport du Dr AA \_\_\_\_\_ du 11 juin 2018 [pièce 255, page 1047] ; rapports du Dr Y \_\_\_\_\_ des 25 juillet [pièce 249] et 1er octobre 2018 [pièce 258] ; rapport de physiothérapie du 10 septembre 2018 [pièce 255, page 1046]). Le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire censé expliquer lesdits symptômes a parfois été qualifié de possible (cf. rapport d'expertise neurologique privée des P \_\_\_\_\_ du 18 février 2016 [pièce 184]) ou de probable (cf. rapport du Dr M \_\_\_\_\_ du 1er octobre 2014 [pièce 153]), parfois été expressément retenu (cf. rapports du Dr L \_\_\_\_\_ du 17 mars 2014 [pièce 135] et du 9 mars 2015 [pièce 156] ; rapport du Dr O \_\_\_\_\_ du 2 juin 2015 [pièce 166]) mais n'a jamais conduit les différents médecins à retenir une incapacité de travail à ce titre, en tout cas pas dans une activité adaptée.

### 2.2.2.3 Pour ce qui a trait aux autres affections physiques ressortant des pièces produites par la recourante en procédure judiciaire, la rhizarthrose gauche mentionnée dans les résultats des radiographies de l'articulation trapézo-métacarpienne du pouce gauche pratiquées le 8 janvier 2019 et le rapport établi le lendemain par le Dr DD \_\_\_\_\_ a déjà été rapportée le 1er octobre 2014 par le Dr M \_\_\_\_\_.

Dans le cadre de l'expertise demandée par l'Office AI, ce spécialiste en chirurgie orthopédique a alors même fait état d'une rhizarthrose bilatérale (pièce 153), à l'instar des neurologues des P \_\_\_\_\_ dans leur rapport d'expertise privée du 18 février 2016 (pièce 184), de l'expert-rhumatologue du V \_\_\_\_\_ dans le rapport d'expertise adressé le 11 juillet 2018 à l'Office AI (pièces 246 et 247) et du médecin du SMR dans son rapport final du 25 juillet 2018 (pièce 249). L'arthropathie de la hanche gauche et la tendinopathie de la coiffe des rotateurs des deux côtés, figurant parmi les diagnostics énumérés dans le certificat de la Dresse LL \_\_\_\_\_ du 23 novembre 2017, le rapport provisoire de la Clinique de CC \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2018 et la lettre de sortie de la Clinique de HH \_\_\_\_\_ du 16 août 2019, ou dans les réponses du Dr KK \_\_\_\_\_ du 6 mai 2014 en ce qui concerne des douleurs aux épaules sur tendinopathie

des coiffes des rotateurs, ont aussi été évoquées antérieurement. Dans sa première demande de prestations du 3 août 2005, l'assurée a signalé des douleurs à l'épaule (pièce 3). Le Dr M \_\_\_\_\_ a classé une périarthrite de la hanche gauche parmi les diagnostics incapacitants qu'il a retenus

- 26 - dans son rapport d'expertise du 1er octobre 2014 (pièce 153). Les spécialistes des P \_\_\_\_\_ en ont fait de même dans leur rapport d'expertise neurologique privée du 18 février 2016 (pièce 184). A noter enfin que des troubles au niveau du tunnel carpien n'ont plus été signalés dans les pièces médicales versées en la présente cause, alors que dans ses appréciations des 24 janvier 2000 (pièce 281, pages 1218 à 1236) et 5 juillet 2007 (pièce 84), le Dr A \_\_\_\_\_ a retenu un syndrome du tunnel carpien droit puis un probable discret syndrome du tunnel carpien des deux côtés. Quant à la Dresse F \_\_\_\_\_, elle a rapporté, le 11 janvier 2010, une discrète neuropathie d'enclavement bilatéral du nerf médian au tunnel carpien, retrouvé à l'examen neurologique par le Dr E \_\_\_\_\_ (pièce 108). 2.2.2.4 Des éléments d'ordre psychique, ou à tout le moins non organiques, ont en revanche été évoqués dans lesdites pièces. Il a été question de surcharge psychosociale dans le rapport provisoire de la Clinique de CC \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2018. En dates des 28 mars 2019 et 27 janvier 2020, le Dr GG \_\_\_\_\_ a fait mention d'un syndrome psycho-organique post-traumatique avec importante somatisation et dans son certificat du 23 novembre 2017, la Dresse LL \_\_\_\_\_ de souffrance psychologique. Dans ses ultimes remarques du 30 janvier 2020, la recourante a allégué être gravement atteinte dans son moral en raison de tous les troubles physiques dont elle souffrait. Ces éléments étaient une fois de plus connus avant la présente procédure. Un état anxio-dépressif modéré au décours a été relevé les 24 janvier 2000 (pièce 281, pages 1218 à 1236) et 5 juillet 2007 (pièce 84) par le Dr A \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 20 février 2007, le Dr E \_\_\_\_\_ a fait état d'une problématique socio-professionnelle difficile et d'un sentiment de préjudice subi lors d'un accident de la circulation plusieurs années auparavant (pièce 75). Il a ajouté, le 4 décembre 2012, que la problématique de la patiente résidait dans le fait que celle-ci restait centrée sur les douleurs rachidiennes ainsi que leur retentissement au quotidien et au niveau professionnel (pièce 118). En date du 18 février 2016, les neurologues des P \_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un probable trouble fonctionnel/somatoforme dont l'impact sur la capacité de travail nécessitait une évaluation par un psychiatre expérimenté (pièce 184). Ce diagnostic n'a pas été confirmé lors de l'examen psychiatrique effectué le 27 novembre 2017 au T \_\_\_\_\_, aucun trouble psychique n'ayant été retenu dans le cadre de cette expertise (pièce 229). Il en est allé de même à l'issue de l'expertise bi-disciplinaire auprès du V \_\_\_\_\_, puisque seul le diagnostic de probable majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans influence sur la capacité de travail, a été posé par l'expert-

- 27 - psychiatre dans le rapport correspondant du 11 juillet 2018 (pièces 247 et 248). Ce diagnostic psychiatrique non incapacitant a été repris dans le rapport final du SMR, daté du 25 juillet 2018 (pièce 249). Le neurologue traitant a également souligné, dans son certificat du 10 septembre 2018, la présence claire de manifestations fonctionnelles ainsi que la déception de sa patiente de ne pas avoir été reconnue sur le plan assécurologique au fil du temps (pièce 255, page 1047). Le Dr Y \_\_\_\_\_ du SMR a néanmoins fait remarquer, dans son avis du 5 juin 2019, que le syndrome psycho-organique post-traumatique évoqué par le Dr GG \_\_\_\_\_ n'avait pas été mis en évidence lors de l'expertise du V \_\_\_\_\_. 2.2.3 Des affections nouvelles ressortent par contre des documents médicaux

jointes aux écritures judiciaires. Dans ses rapports des 21 février et 29 avril 2019, la Dresse S \_\_\_\_\_ a écrit avoir remarqué une protrusion discale débutante en C4-C5 et suspecté une instabilité épi- fusionnelle au même niveau sur l'IRM cervicale du 12 juillet 2018 et les radiographies de la colonne cervicale du 3 septembre suivant. Une hyporéflexie de l'oreille droite à l'examen calorique a été signalée dans le compte-rendu, daté du 20 mars 2019, portant sur la consultation d'oto-rhino-laryngologie du 6 février précédent auprès du service spécialisé de H \_\_\_\_\_. Selon les indications du Dr I \_\_\_\_\_ du 18 janvier 2013 (pièce 131, pages 329 et 330) et celles de la Dresse K \_\_\_\_\_ du 1er septembre 2015 (pièce 221, page 770), ce même examen s'était précédemment révélé normal. Une tendinite de « De Quervain » bilatérale, une névralgie d'Arnold et des troubles sensitifs péribuccaux sous forme d'hypoesthésies, sans lésion vasculaire ou expansive à l'IRM cérébrale, ont été relevées pour la première fois dans le rapport de la Clinique de HH \_\_\_\_\_ du 16 août 2019. Se référant à l'imagerie effectuée en octobre 2019, le Dr MM \_\_\_\_\_ a enfin constaté, le 27 décembre suivant, la présence d'un syndrome infra-fusionnel en C6-C7 avec hernie discale médiane et médio-latérale droite, susceptible d'irriter le départ de la racine C7 et ainsi d'expliquer une partie des douleurs. Au chapitre des manifestations psychiques, un trouble anxieux avec palpitations et pré- syncopes figure au nombre des diagnostics posés dans le rapport provisoire de la Clinique de CC \_\_\_\_\_ du 26 octobre 2018, au titre d'origine éventuelle de la symptomatologie en sus des atteintes physiques existantes. Un trouble de cet ordre n'a cependant pas été objectivé antérieurement, que ce soit dans le cadre de l'expertise psychiatrique au T \_\_\_\_\_ ou au V \_\_\_\_\_.

- 28 - Comme invoqué à juste titre par l'intimé dans ses communications des 8 octobre 2019 et 25 février 2020, ces faits postérieurs à la décision querellée du 5 octobre 2018 doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. De plus et surtout, étant survenus après l'âge légal de la retraite de l'assuré le 7 octobre 2016 (pièce 4, page 14), ils ne concernent plus l'assurance-invalidité. 2.2.4 Au vu de tout ce qui précède, la recourante n'a pas apporté d'élément propre à mettre en doute l'entière valeur probante des conclusions émises par les deux experts du V \_\_\_\_\_ en date du 11 juillet 2018, aux termes desquelles celle-ci dispose d'une pleine capacité de travail dans l'activité exercée en dernier lieu d'animatrice dans un home pour personnes âgées, qui est adaptée à sa situation médicale, ainsi que dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. Toujours d'après lesdites conclusions, la capacité physique d'autonomie de l'assurée dans ses activités quotidiennes est en outre préservée (pièces 246 et 247). Dans son rapport final du 25 juillet 2018 (pièce 249) puis son avis du 5 juin 2019, le médecin du SMR a repris ces conclusions fiables et fondées et retenu une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 29 juin 2007 au plus tard, voire depuis le 1er août 2004, hormis du 10 août au 1er octobre 2006 où cette capacité était nulle puis du 2 octobre 2006 au 28 juin 2007 où elle était de 50%. 3.1 Le moment auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée est celui auquel il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 138 V 457 consid. 3.3, précision de jurisprudence ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_673/2018 du 4 juillet 2019 consid. 2.2 cité par la recourante, 8C\_759/2018 du 13 juin 2019 consid. 7 paru in SVR 2020 IV Nr. 5 et 9C\_505/2016 du 6 juillet 2017 consid. 4.1 ; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 293/05 du 17 juillet 2006 consid. 5.2.2). De plus, le Tribunal fédéral a fait allusion au seuil des soixante ans en tant qu'âge avancé correspondant au moment approximatif à partir duquel il convient de se poser la question de savoir si, compte tenu des autres circonstances du cas

particulier, il existe encore une possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur le marché concret et non plus équilibré du travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_497/2020 du 25 juin 2021 consid. 5.2.2 paru in SVR 2021 IV Nr. 77). 3.2 Dans sa réplique du 12 septembre 2019, la recourante a argué qu'à la lumière de la jurisprudence relative à l'exigibilité, exceptionnelle, d'une réadaptation par soi-même de

- 29 - la part d'assurés âgés, une telle auto-réadaptation n'entraîne pas en ligne de compte dans son cas, étant donné ses multiples atteintes, ses soixante-trois ans au moment de la décision contestée du 10 septembre 2015 et son manque de compétences particulières énoncées par la jurisprudence pour mener à bien ce genre de démarche. Dans le cadre du présent litige, le moment auquel il a été constaté que l'assurée était en mesure d'exercer une activité lucrative adaptée à plein temps coïncide non pas avec la décision du 10 septembre 2015 (pièce 107), laquelle a du reste été annulée par le jugement de la Cour de cassation du 16 août 2017 (pièce 216), mais avec le rapport final du SMR du 25 juillet 2018 (pièce 249) qui a servi de base à la décision entreprise du

## **E. 5**

octobre suivant. Ce rapport est ainsi postérieur à l'âge légal de la retraite de la recourante qui était alors âgée de presque soixante-six ans (pièce 4, page 14). La jurisprudence invoquée par celle-ci pour justifier l'inexigibilité d'une auto-réadaptation dans une activité adaptée et une invalidité totale dès 2013 au moins ne lui est ainsi d'aucun secours. Comme rappelé ci-dessus, le médecin du SMR a conclu, dans le rapport final précité, à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 29 juin 2007 au plus tard, voire depuis le 1er août 2004 (pièce 249). A noter au passage qu'une telle exigibilité ressortait déjà du rapport final établi le 9 mars 2015 par le SMR (pièce 156). Or, à ces dates des 29 juin 2007 et 1er août 2004, l'assurée allait sur ses cinquante-cinq, respectivement cinquante-deux ans (pièce 4, page 14) et n'avait donc pas atteint le seuil des soixante ans évoqué par le Tribunal fédéral. Il était alors réaliste d'exiger de sa part de retrouver par elle-même un emploi adapté à plein temps, ce d'autant plus que l'activité antérieure d'animatrice auprès de personnes âgées, dans laquelle la recourante a été réadaptée en 2006 par l'Office AI (pièce 40), a été jugée adaptée à ses limitations fonctionnelles par les experts du V \_\_\_\_\_, dans leur rapport du 11 juillet 2018 (pièces 246 et 247). 4.1 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'article 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'alinéa 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative

- 30 - ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (art. 28a al. 3 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 ; le chiffre I de la loi fédérale du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2022 [RO 2021 705 ; FF 2017 2363], n'a apporté que des modifications rédactionnelles mineures à cette disposition). Le calcul du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est régi par l'article 16 LPGA, étant entendu que le revenu que l'assuré aurait pu obtenir de l'activité lucrative exercée à temps partiel, s'il n'était pas invalide, est extrapolé pour la

même activité lucrative exercée à plein temps ; la perte de gain exprimée en pourcentage est pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide (art. 27bis al. 3 let. a et b RAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021 ; la nouvelle teneur de l'article 27bis RAI selon le chiffre I de l'ordonnance du 3 novembre 2021, en vigueur depuis le 1er janvier 2022 [RO 2021 706], n'a pas apporté de modification matérielle au calcul du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel). De jurisprudence constante, ce sont les circonstances prévalant au moment du début le plus précoce possible du droit à la rente qui sont déterminantes pour la comparaison des revenus. S'il est fait application des salaires ressortant des tables, les données statistiques les plus récentes doivent en principe être utilisées. Il ne s'agit donc pas là des valeurs des tables les plus récentes au moment de la décision en général, mais des données publiées les plus récentes au moment de la décision, par rapport au moment du début du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_202/2021 du 17 décembre 2021 consid. 6.2 et les références, paru in SVR 2022 IV Nr. 23). 4.2 Selon les indications fournies le 15 septembre 2005 par l'ex-employeur de l'assurée dans le questionnaire correspondant, celle-ci a été employée du 10 décembre 2001 au 30 septembre 2004 auprès du home pour personnes âgées en question, à raison de trente-quatre heures par semaine sur les quarante-deux heures et demie constituant l'horaire de travail de l'entreprise pour un plein temps (pièce 16). Ce taux d'occupation correspondant à 80%, le degré d'invalidité de la recourante doit être calculé selon la méthode dite mixte pour les assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel, telle que réglée aux articles 28a alinéa 3 LAI et 27bis RAI. Dans la part de 20% dévolue en l'espèce à l'accomplissement des travaux habituels, le taux d'invalidité est toutefois de 0%. Il ressort en effet des conclusions probantes émises 11 juillet 2018 par les experts du V \_\_\_\_\_ que la capacité physique d'autonomie de l'assurée dans ses activités

- 31 - quotidiennes était préservée et qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique (pièces 246 à 248). En vertu des articles 28 alinéa 1, en particulier de la lettre b de cet alinéa, et 29 alinéa 3 LAI, le droit éventuel à une rente d'invalidité existe in casu au plus tôt à l'issue du délai d'attente d'une année depuis l'incapacité de travail alléguée dans la troisième demande de prestations du 23 décembre 2013 (pièce 119), soit dès le 1er décembre 2014. Dans la décision attaquée du 5 octobre 2018, l'Office AI a donc effectué à juste titre la comparaison des revenus sur la base des chiffres prévalant en 2014. Pour déterminer le revenu d'invalide, il s'est néanmoins fondé sur le salaire statistique topique figurant dans l'ESS 2010 qu'il a ensuite adapté à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2014. Or, l'ESS 2014 a été publiée sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) le 15 avril 2016. C'est donc à cette version-là de l'ESS qu'il convient de se référer. D'autre part, compte tenu du caractère adapté de l'activité antérieure d'animatrice auprès de personnes âgées, exigible à plein temps, il y a effectivement lieu, comme l'a fait l'intimé dans la décision entreprise, de prendre en considération le salaire statistique relatif à ce type de travail, sans y appliquer d'abattement. Le revenu d'invalide pour l'année 2014 se calcule dès lors comme suit : 5168 fr. (ESS 2014, table TA1\_tirage\_skill\_level « salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques, le niveau de compétences et le sexe – secteur privé », branche économique 86-88 « santé humaine et action sociale », niveau de compétences 2 « tâches pratiques telles que les soins notamment », femmes) : 40 x 41.6 heures par semaine (site internet de l'OFS, onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « statistique de la durée normale du travail dans les entreprises [DNT] », tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique [NOGA 2008], en heures par semaine », année 2014, secteur 87 « hébergement

médico-social et social ») = 5374 fr. 72 x 12 = 64 496 fr. 64. Quant au revenu sans invalidité, il doit être fixé en référence aux informations concrètes données par l'ex-employeur dans le questionnaire précité, soit 3194 fr. 70 par mois en 2005, treize fois l'an (pièces 16 et 279, pages 1126, 1127 et 1141) = 41 531 fr. 10, adapté à l'évolution nominale des salaires jusqu'en 2014 (site internet de l'OFS, onglets : « trouver des statistiques », « travail et rémunération », « salaires, revenu professionnel et coût du travail », tableau T39 « évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2015 », salaires nominaux, variation par rapport à l'année précédente, femmes : 1.3% en 2006, 1.5% en 2007, 1.8% en 2008, 2.1% en 2009, 1.1% en 2010, 1% en 2011 et 2012, 0.7% en 2013 et 1% en 2014) =

- 32 - 46 555 fr. 09. Conformément à l'article 27bis alinéa 3 RAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, ce salaire correspondant à un taux d'activité de 80% doit être extrapolé pour la même activité lucrative exercée à plein temps, ce qui donne un montant de 58 193 fr. 86. Le revenu d'invalidité de 64 496 fr. 64 est supérieur à celui de valide de 58 193 fr. 86, de sorte que le taux d'invalidité est également de 0% dans la part de 80% consacrée à l'exercice de l'activité lucrative. Le calcul qui précède permet d'entériner le degré d'invalidité nul retenu par l'Office AI dans sa décision du 5 octobre 2018 et partant, le refus d'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée. En conséquence, le recours est rejeté et cette décision confirmée.

#### **E. 5.1**

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de l'importance de la procédure (art. 61 let. a aLPGA, 83 LPGA et 69 al. 1bis LAI), sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 1 al. 2, 81a al. 2 et 89 al. 1 LPJA) et compensés avec l'avance du même montant qu'elle a versée le 11 décembre 2018.

#### **E. 5.2**

Eu égard à l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens à la recourante (art. 61 let. g LPGA a contrario), pas plus qu'à l'intimé (art. 91 al. 3 LPJA).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Les frais, arrêtés à 500 francs, sont mis à la charge de X \_\_\_\_\_ . 3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 8 juin 2022

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