

# VS\_GERICHTE S1 20 123 vom 27. September 2022

VS Kantonsgericht, 2022-09-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs\\_gerichte\\_S1\\_20\\_123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_20_123)

FR: VS\_GERICHTE S1 20 123 du 27 septembre 2022

IT: VS\_GERICHTE S1 20 123 del 27 settembre 2022

## Regeste

S1 20 123 JUGEMENT DU 27 SEPTEMBRE 2022 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière en la cause X \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Maître Laitka Dubail, avocate, 1920 Martigny contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, 1950 Sion, intimé (refus de rente d'invalidité ; âge avancé)

## Erwägungen

### E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 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 23 juin 2020, le recours formé contre la décision du 26 mai 2020 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 3 et 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA ; art. 69 al. 1 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.

### E. 2

Le litige porte sur le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante en lien avec sa demande de mars 2018.

### E. 2.1

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, - 6 - 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 ; 138 V 176 consid. 7.1 ; arrêt 9C\_881/2018 du

### E. 2.3

Dans un premier grief, la recourante conteste la capacité de travail médico-théorique que lui a reconnue le SMR sur la base des éléments médicaux au dossier. Elle prétend que le Dr D \_\_\_\_\_ n'a jamais attesté une capacité de travail supérieure à 30% et que le potentiel de réadaptation estimé à 6 à 8 heures par jour par son médecin traitant ne représente pas une activité à temps plein. La Cour ne peut la suivre. En effet, comme l'a clairement expliqué l'intimé dans sa décision, la référence du Dr D \_\_\_\_\_ à un taux d'environ 30% pour les tâches administratives correspond au taux effectivement dévolu à cette activité dans l'entreprise. Il ne s'agit aucunement de la capacité de travail médico-théorique exigible de

la part de l'assurée dans une activité parfaitement adaptée à ses limitations fonctionnelles. Or, s'agissant de ces dernières, force est de constater qu'elles sont peu importantes. De l'avis du Dr D \_\_\_\_\_ et du Dr E \_\_\_\_\_, l'assurée ne peut pas effectuer des travaux de force et ressent des douleurs à la marche (après 30 minutes), lorsqu'elle est en appui sur son pied droit (station debout) et principalement le matin au lever. Ces restrictions physiques sont parfaitement compatibles avec un emploi léger et sédentaire, comme celui de secrétaire, ou avec n'importe quel autre travail administratif, de surveillance ou de contrôle. A l'instar de l'intimé, la Cour rappelle que le marché équilibré du travail recouvre un éventail suffisamment large d'activités légères pouvant être exercées essentiellement en position assise et ne nécessitant pas de formation préalable. La recourante n'établit pas de manière convaincante en quoi des activités simples de manutention légère ou de contrôle, ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues, qu'elle ne remet pas en cause.

- 9 - En définitive, dans son avis final de synthèse du 24 janvier 2020, le SMR a repris l'entier des limitations physiques décrites par les médecins traitants de l'assurée et a apprécié de manière cohérente la capacité de travail encore exigible de la part de cette dernière en tenant compte de celles-ci. Aucun élément médical d'une valeur probante prépondérante ne permet de remettre en cause cette conclusion.

#### **E. 2.4**

Reste à examiner le grief de la recourante relatif à son âge avancé et à déterminer s'il était réaliste pour l'OAI d'exiger de son assurée qu'elle exploite pleinement sa capacité de travail dans une activité adaptée. En effet, que ce soit à la date du début du droit à la rente (1er septembre 2018) ou à la date à laquelle la capacité de travail médico- théorique a été clairement définie par le SMR (24 janvier 2020), la recourante se situait à un âge proche de celui de la retraite, à savoir 61 ans, respectivement 62 ans et 4 mois.

##### **E. 2.4.1**

Bien qu'il s'agisse d'un facteur étranger à l'invalidité, l'âge peut conduire avec d'autres éléments personnels ou professionnels à ce que la capacité résiduelle de travail ne soit plus exploitable de manière réaliste sur un marché du travail équilibré (ATF 138 V 457 consid. 3.1; arrêt 8C\_55/2021 du 9 juin 2021 consid. 5.1). En effet, l'âge avancé (environ 60 ans ; RAMA 1990 n° U 115 p. 389 consid. 4d et e ; arrêt 8C\_554/2017 du 4 juillet 2018 consid. 3.3.1) peut être un obstacle à la mise en valeur de la capacité résiduelle de gain, notamment parce qu'aucun employeur n'est disposé à engager un employé pour un laps de temps très court avant l'ouverture de son droit à une rente de l'AVS (arrêts 8C\_307/2017 du 26 septembre 2017 consid. 4.2.2 ; 8C\_346/2013 consid. 4.2 du 10 septembre 2013 ; 8C\_806/2012 consid. 5.2.2 du 12 février 2013). L'influence de l'âge sur la possibilité d'exploiter les capacités restantes sur un marché du travail équilibré ne peut pas être mesurée selon une règle générale, mais dépend des circonstances du cas d'espèce. Peuvent être déterminants le type et la nature de l'atteinte à la santé et de ses conséquences, l'effort prévisible de reconversion et d'adaptation et, dans ce contexte, la structure de la personnalité, les talents et aptitudes existants, la formation, le parcours professionnel ou l'applicabilité de l'expérience professionnelle acquise dans le domaine habituel (arrêts 9C\_153/2011 du 22 mars 2012 consid. 3.1 et 9C\_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2 avec les références). Il faut ainsi, dans le cas concret, procéder à une analyse globale de la situation en examinant si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison

d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un

- 10 - nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts 9C\_437/2008 du 19 mars 2009 consid 4.2 ; I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment où 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 correspond au moment où il a été constaté que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative était médicalement exigible (ATF 146 V 16 consid. 7.1 ; 145 V 2 consid. 5.3.1 ; 138 V 457 consid. 3 et les références citées). L'exigibilité médicale d'une activité lucrative (partielle) est considérée comme établie dès que les documents médicaux permettent de constater les faits de manière fiable (ATF 143 V 431 consid. 4.5.1 et 138 V 457 consid. 3.3 et 3.4 ; arrêt 9C\_407/2020 du 3 août 2021 consid. 6.1 ; SVR 2017 IV n° 85 consid. 2.2.2).

#### **E. 2.4.2**

Ce faisant, il convient d'examiner l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles afin de déterminer si la recourante pouvait encore raisonnablement mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur un marché du travail équilibré. A cet égard, il ressort du dossier que la recourante a effectué un apprentissage d'agricultrice afin de travailler dans l'entreprise familiale, avant de se marier en 1980 et d'aider son époux dans son entreprise de menuiserie pour les tâches administratives à environ 20% et certains travaux à l'atelier de vernissage, ponçage et montage à environ 80% (cf. entretien téléphonique, pièce 7, p. 19 ; expertise Widmer, pièce 13, p. 60 ; enquête économique, pièce 39). Jusqu'à son arrêt de travail en septembre 2017, la recourante n'a jamais exercé une autre activité lucrative et n'a aucune expérience professionnelle dans un autre domaine économique que ceux dans lesquels elle a travaillé pendant près de quarante ans, à savoir l'agriculture et la menuiserie. Si les limitations fonctionnelles retenues (pas de port de charges lourdes, pas de station debout prolongée, pas d'échelle et d'échafaudage et pas de marche sur longue distance) sont, certes, peu importantes et ne réduisent pas la capacité de travail dans une activité adaptée, il n'en demeure pas moins que la reprise d'une activité salariée nécessiterait un effort d'adaptation conséquent de la part de la recourante. Comme l'a relevé le Dr D \_\_\_\_\_, l'âge et le manque de formation apparaissent des obstacles importants à la réadaptation dans le cas de l'assurée (pièce 34). Enfin, l'enquêteur économique a pu constater que l'assurée n'était pas à jour dans les comptes de l'entreprise, qu'elle n'avait pas pu fournir les décomptes de salaire et de TVA et que son ordinateur était vétuste. Au terme de son rapport, il a estimé que l'assurée serait difficilement plaçable sur un marché équilibré du travail compte tenu de son âge avancé. La Cour se rallie à

- 11 - cet avis. Compte tenu du contexte personnel et professionnel, il était difficile d'exiger de la recourante qu'elle abandonne son activité indépendante pour se lancer dans une recherche hasardeuse d'un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles, moins de deux ans avant l'âge légal de la retraite. On peine en effet à imaginer qu'un employeur eût consenti à engager la recourante, eu égard à l'âge de celle-ci et au temps nécessaire qu'il lui aurait fallu pour s'adapter à un emploi d'emblée limité dans le temps.

#### **E. 2.5**

Il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision entreprise annulée. 3. Comme l'a indiqué l'enquêteur, dans le cas de l'assurée, le taux d'invalidité doit être calculé sur la base de la méthode extraordinaire, ce que la recourante ne conteste pas. Cette dernière estime toutefois que l'enquêteur aurait dû retenir un temps de travail de 2 heures à l'atelier et non 3 heures, ce qui ramènerait le total maximum à 12 heures et non 13 heures, respectivement le taux d'invalidité de 68.29% à 70.77%. Il ne s'agit là que de simples allégations, non établies. L'enquêteur a parfaitement tenu compte des limitations fonctionnelles de l'assurée en estimant les heures de travail exigibles de cette dernière pour chaque champs d'activité. Le SMR a confirmé que l'assurée pouvait effectuer des travaux légers pour autant qu'elle évite la position debout. Il est ainsi tout à fait concevable que cette dernière poursuive quelques travaux de ponçage, collage et vernissage de pièces à l'atelier en étant assise, à raison de 3 heures par semaine. La Cour ne voit aucune raison de s'écarter de la comparaison des champs d'activité établie par l'enquêteur, respectivement du taux d'invalidité fixé à 68%. 4.1 Eu égard à l'issue de la cause, les frais de procédure arrêtés au regard des principes de la couverture des frais et de l'équivalence des prestations à 500 fr. sont mis à la charge de l'OAI (art. 69 al. 1bis LAI), l'avance d'un montant équivalent versée par la recourante lui étant restituée par le Tribunal. 4.2 La recourante, qui obtient gain de cause sur la question de son droit à une rente d'invalidité, a droit à des dépens qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimé (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1, 40 al. 1 et 46 al. 2 LTar). Selon la loi cantonale valaisanne du 11 février 2009 fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), le recourant ayant obtenu gain de cause devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal a droit au remboursement des honoraires de son conseil, à concurrence d'un montant compris entre 550 et 11 000 fr., déterminé d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique et la situation financière de la partie (art. 27 et 40 LTar).

- 12 - Lorsqu'il existe un tarif ou une règle légale fixant des minima et maxima, le juge ne doit motiver sa décision que s'il sort de ces limites ou si des éléments extraordinaires sont invoqués par la partie concernée, ou encore si le juge s'écarte d'une note de frais produite par l'intéressé et alloue une indemnité inférieure au montant habituel, en dépit d'une pratique bien définie (ATF 139 V 496 consid. 5.1 ; arrêts 9C\_474/2021 et 9C\_475/2021 du 20 avril 2022 consid. 6.2.3). Il est admis de façon générale que le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées. En l'espèce, Me Dubail a produit en la présente cause un recours d'une quinzaine de pages, reprenant en grande partie les arguments soulevés dans la procédure administrative d'audition, une réplique de deux pages et un bref courrier, dans un dossier peu volumineux et d'importance moyenne. Elle a déposé une note de frais et honoraires pour la procédure de recours d'un total de 3585 fr. 98, débours de 154 fr. 60 et TVA compris, comprenant certaines opérations non essentielles ou ne justifiant pas l'intervention de connaissances particulières d'un mandataire spécialisé, comme pour les courriels de transmission à la recourante. Compte tenu de l'activité déployée par devant la Cour de céans (art. 40 LTar) et du tarif usuel en Valais de 260 fr., TVA en sus, soit 280 fr. TVA comprise (arrêt 6B\_361/2018 du 15 juin 2018 consid. 6.4), les dépens à charge de l'intimé sont fixés à 2000 fr., débours de 155 fr. et TVA compris (art. 27 al. 5 LTar). Prononce

1. Le recours est admis et la décision entreprise du 26 mai 2020 concernant le refus de rente d'invalidité est annulée. 2. X \_\_\_\_\_ a droit à un trois quarts de rente d'invalidité, fondé sur un taux d'invalidité de 68%, dès le 1er septembre 2018. 3. L'Office cantonal AI du Valais versera à X \_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens. 4. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'Office cantonal AI du Valais.

Sion, le 27 septembre 2022

## **E. 6**

mars 2019 consid. 4.1). 2.2.1 En vertu de l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles ; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable ; il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de cette disposition lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant 30 jours consécutifs au moins (art. 29ter du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI ; RS 831.201) ; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Pour déterminer si un assuré est invalide au terme du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. c LAI), ce ne sont pas les critères médico-théoriques qui sont déterminants, mais les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (cf. par analogie, RAMA 1991 n° U 130 p. 272 consid. 3b ; voir aussi ATF 114 V 314 consid. 3c). Ainsi le taux d'invalidité ne se confond pas nécessairement avec le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par le médecin, ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (méthode générale de comparaison des revenus ; ATF 139 V 28 ; 128 V 30 consid. 1 ; 104 V 136 consid. 2a et 2b). En outre, dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par - 7 - 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 115 V 53 ; 114 V 285 consid. 3 ; 111 V 239 consid. 2a ; 113 V 22 consid. 4a et les références ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 750/04 du 5 avril 2006 consid. 5.3, in SVR 2007 IV n° 1 p. 1 et I 11/00 du 22 août 2001, in VSI 2001 p. 274 consid. 5a/bb). Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, l'assuré peut être tenu, en fonction des circonstances objectives et subjectives du cas concret, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (par ex. arrêt 9C\_810/2017 du 9 avril 2018 consid. 2.2 ; 9C\_578/2009

du 29 décembre 2009 consid. 4.2.4 et les références, in SVR 2010 IV n° 37 p. 115). 2.2.2 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler, le cas échéant quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de lui (ATF 140 V 193 consid. 3.2 ; 125 V 256 consid. 4 ; 115 V 134 consid.2 ; 114 V 314 consid. 3c). En général, le médecin traitant prend position le premier concernant l'atteinte à la santé et ses effets sur la capacité de travail. Par la suite, plus particulièrement en cas de pièces médicales contradictoires, l'OAI peut solliciter l'avis du SMR (cf. art. 59 alinéa 2bis LAI abrogé par le ch. I de la LF du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI], avec effet au 1er janvier 2022 [RO 2021 705 ; FF 2017 2363]) pour 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 et pour établir les capacités fonctionnelles de l'assuré à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Le SMR est indépendant dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Ses rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais apportent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante (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

- 8 - consid. 3.2 ; 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). En outre, le Tribunal fédéral n'exclut pas que l'assurance-invalidité puisse statuer 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 service médical de l'OAI peut former sa propre opinion, 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 ; C-6371/2011 du 21 août 2013).

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