

VS_GERICHTE S1 23 139 vom 4. August 2025

VS Kantonsgericht, 2025-08-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 23 139](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_23_139)

FR: VS_GERICHTE S1 23 139 du 4 août 2025

IT: VS_GERICHTE S1 23 139 del 4 agosto 2025

Regeste

S1 23 139 ARRÊT DU 4 AOÛT 2025 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Christophe Joris et Dr. Thierry Schnyder, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourante, représentée par Maître Pierre Ventura, avocat, Lausanne contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (art. 28 LAI ; rente d'invalidité ; valeur probante d'une expertise pluridisciplinaire ; enquête ménagère ; revenu d'invalidité et abattement)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAI, les dispositions de la 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 15 septembre 2023, le présent recours à l'encontre de la décision du 17 août précédent a été interjeté dans le délai 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.

E. 1.2

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). Compte tenu de la date de la demande de prestations AI et des faits déterminants pour le refus de la rente, c'est l'ancien droit qui reste applicable en l'espèce.

E. 2

Le litige porte uniquement sur le refus de l'OAI d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante. La conclusion subsidiaire tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel doit quant à elle être déclarée irrecevable, dès lors que la décision y relative n'a été ni contestée, ni annexée au présent recours et que ce dernier ne contient aucune motivation à ce propos.

E. 3.1

Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier lieu, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendue en lien avec une constatation inexacte des faits, dans la mesure où l'intimé a écarté ses demandes de mise en œuvre d'une expertise gastro-entérologique ainsi que d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire.

E. 3.2

Selon la jurisprudence, le droit d'être entendu est garanti par les articles 29 alinéa 2 Cst et 42 LPGA. Elle en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux

- 9 - faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 p. 370 s. et les références ; ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; 124 V 181 consid. 1a et 375 consid. 3b). Le droit d'être entendu peut être exercé à tout moment par les parties, qui peuvent notamment exiger en tout temps la consultation du dossier et faire valoir leur point de vue en cours d'instruction déjà (DUPONT, in : DUPONT/MOSER-SZELESS, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, N 10 ad art. 42 LPGA). Le droit d'être entendu n'entraîne toutefois pas, pour les parties, la garantie de pouvoir être entendues de manière illimitée dans le temps, ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent. L'assureur social est en effet fondé à apprécier de manière anticipée les preuves d'ores et déjà réunies et, sous réserve d'une décision arbitraire, d'estimer que les nouveaux éléments requis ne sont pas de nature à influencer sa décision (DUPONT, op. cit., N 11 ad art. 42 LPGA). S'agissant plus particulièrement du devoir pour l'autorité de motiver sa décision (cf. les art. 35 PA, 42 LPGA, 52 al. 2 LPGA et 29 al. 2 Cst), le but est que le destinataire puisse la comprendre et l'attaquer utilement s'il y a lieu, et que l'autorité de recours puisse exercer son contrôle. Pour répondre à ces exigences, l'autorité doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause (arrêt du Tribunal administratif fédéral C-6050/2012 du 9 décembre 2013 consid. 8.2 ; ATF 133 III 439 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 1C_499/2011 du 19 juin 2013 consid. 3.1). Il n'y a violation du droit d'être entendu que si l'autorité ne satisfait pas à son devoir minimum d'examiner les problèmes pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_934/2010 du 8 novembre 2011 consid. 3.2). L'administration n'a pas obligatoirement à prendre position sur tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais elle peut au contraire se limiter à ceux qui, sans arbitraire, lui paraissent pertinents (ATF 137 II 266 consid. 3.2 ; 134 I 83 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_499/2013 du 20 février 2014 consid. 4.2). Enfin, si le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa), le Tribunal fédéral admet toutefois que cette violation peut être réparée, pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière ou ne relève pas d'une pratique courante et que l'assuré ait la possibilité de faire valoir ses arguments devant une

- 10 - instance disposant des pleins pouvoirs d'examen (DESPLAND, L'obligation de diminuer le dommage en cas d'atteinte à la santé, Genève/Zurich/Bâle 2012, ch. 2.5.2, p. 154 et les réf. cit.).

E. 3.3

En l'occurrence, la recourante estime que l'intimé a violé son droit d'être entendue en refusant de mettre en œuvre une expertise gastro-entérologique ainsi qu'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, tel que requis comme moyens de preuve dans ses objections du 15 juin 2023 dans le but de poser un diagnostic clair et complet ainsi que d'évaluer sa capacité de travail résiduelle. Une telle argumentation ne saurait être suivie. En effet, on

rappellera tout d'abord que ce n'est pas tant le diagnostic en lui-même qui est déterminant au premier chef dans le cadre de l'assurance-invalidité, mais l'influence d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail (ATF 142 V 106 consid. 4.4). Ensuite, comme cela a été rappelé ci-dessus (cf. supra consid. 3.2), le droit d'être entendu n'entraîne pas, pour les parties, la garantie de pouvoir être entendues de manière illimitée dans le temps, ni de pouvoir obtenir l'administration de toutes les preuves qu'elles désirent. Cela vaut d'autant plus qu'in casu, l'intimé avait déjà mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire qui, comme cela sera développé ci-dessous (cf. infra consid. 4.7), présente une pleine valeur probante, de sorte que l'OAI était fondé, par appréciation anticipée des preuves, à refuser la réalisation d'une nouvelle expertise. Par ailleurs, la Cour constate d'une part que la motivation de la décision entreprise permet de comprendre pour quelles raisons l'intimé n'a pas donné suite à la demande de mise en œuvre d'une expertise gastro-entérologique ainsi que d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire formulée par l'intéressée, soit parce que l'expertise déjà diligentée remplissait les requis juridiques permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et que la situation médicale de l'assurée était claire et établie à satisfaction de droit, et d'autre part que la recourante a été en mesure d'attaquer utilement cette décision auprès de la Cour de céans. Ainsi, même à supposer qu'une violation du droit d'être entendu en relation avec le défaut de motivation puisse être retenue, elle ne serait cependant pas d'une gravité telle qu'elle ne puisse être réparée compte tenu du fait que la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen. Partant, le grief de la violation du droit d'être entendu invoqué par la recourante est impropre à entraîner l'annulation de la décision entreprise.

E. 4.1

Sur le fond, le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité à la recourante. Dans un premier grief, cette

- 11 - dernière conteste la valeur probante du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 mars 2023 ainsi que celle du rapport final SMR du 19 avril suivant, sur lesquels l'intimé a fondé sa décision de refus.

E. 4.2

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). En vertu de l'article 28 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il peut en outre prétendre à une mesure de reclassement s'il est invalide à 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3, 130 V 488 consid. 4.2 et 124 V 108 consid. 2b).

E. 4.3

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 du Tribunal fédéral 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). La 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 »

- 12 - B. Catégorie « cohérence » (points de vue du comportement) a. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie b. Poids des souffrances révélés par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

E. 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

- 14 - 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 du Tribunal fédéral 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

E. 4.4

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 l'assuré (ATF 125 V 256 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c et 105 V 156 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_761/2014 du 15 octobre 2015 consid. 3.4). Un rapport du SMR 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent 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. 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 sur l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_670/2020 du 28 juillet 2020 consid. 3.2 et 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2). Même si la jurisprudence a toujours reconnu une valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent

pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGa. Le Tribunal devrait accorder entière valeur probante à une telle expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité. Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au

- 13 - sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4).

E. 4.5

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, justifier d'en faire abstraction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 4.6

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.

E. 4.7

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'avis de son SMR (Dresse I _____), lui-même se basant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du Dr J _____, spécialiste FMH en neurologie, de la Dresse K _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et

rhumatologie, de la Dresse L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et de la Dresse M _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, pour retenir que la recourante disposait d'une capacité de travail fonctionnelle de 80% dès le mois de décembre 2020 dans une activité adaptée (position de travail alternée, port de charges limité à 5 kg, pas de travaux lourds, marche limitée, pas de mouvements en porte-à-faux du dos, pas de position statique immobile au-delà d'une heure) correspondant aux activités habituelles de l'intéressée à l'exception du service traiteur et de la livraison de catalogue à domicile. Cette dernière considère quant à elle que cette expertise est dénuée de valeur probante dès lors que les experts n'auraient pas été en mesure de poser un diagnostic clair et complet et auraient constaté les faits de manière inexacte, en ignorant notamment les vertiges dont elle souffrait. La recourante estime en outre qu'une expertise gastro-entérologique aurait dû être mise en œuvre et a transmis des rapports du Dr Q _____, spécialiste en gastro-entérologie, de la Dresse R _____, spécialiste FMH en médecine interne générale, diabétologie et endocrinologie, et de son médecin traitant, le Dr A _____, relevant notamment l'existence d'une hypothyroïdie, diagnostiquée en octobre 2023, sur une maladie de Hashimoto, desquels elle conclut que sa situation n'était pas stabilisée lors de la réalisation de l'expertise susmentionnée.

E. 4.7.1

A titre liminaire, la Cour relève que les rapports des Drs A _____, R _____ et Q _____ posant le diagnostic nouveau d'hypothyroïdie sur une maladie de Hashimoto et relevant l'existence d'un emphysème en attente d'une prise en charge spécialisée, sont datés respectivement du 29 janvier 2024, du 31 janvier 2024 et du 29 février suivant, soit des dates postérieures à la décision litigieuse, et concernent des pathologies apparues en octobre 2023, soit également après le prononcé de la décision contestée. Partant, comme cela a été rappelé ci-dessus (cf. supra consid. 4.6), ils n'ont pas à être pris en considération dans la présente procédure. Cela étant, il est indiqué à l'intéressée qu'il lui est loisible de déposer une nouvelle demande de

- 15 - prestations si les atteintes alléguées devaient mener à une incapacité de travail de longue durée attestée médicalement.

E. 4.7.2

Sur le vu des pièces médicales au dossier, force est ensuite de constater que la recourante ne saurait être suivie dans son argumentation. En effet, la lecture du rapport d'expertise pluridisciplinaire des Drs J _____, K _____, L _____ et M _____ du 23 mars 2023 permet de retenir que celle-ci répond entièrement aux conditions jurisprudentielles pour lui reconnaître une pleine valeur probante. En particulier, chaque expert a repris les différents avis médicaux relatifs à sa spécialité, en sus des avis « généraux » relevés dans l'évaluation consensuelle, puis a établi une anamnèse précise, avant de décrire de manière détaillée les plaintes de la recourante ainsi que, s'agissant de la Dresse L _____, sa journée type. Chaque expert a ensuite procédé à un examen clinique complet permettant d'arrêter un diagnostic sur la base de constatations objectives, étant précisé que, sur le plan psychiatrique, la Dresse L _____ a procédé à son examen dans le respect de la procédure structurée telle que rappelée ci-dessus (cf. supra consid. 4.3). Ainsi, sur les plans neurologique et psychiatrique aucun diagnostic n'a été retenu, alors que, sur le plan rhumatismal, les diagnostics incapacitants de spondylo-arthrite axiale HLA-B27 négative (M45) et de fibromyalgie (M79.70) ont été posés. Enfin, les experts ont procédé à

une évaluation consensuelle, à l'issue de laquelle ils ont énoncé, de manière motivée et cohérente, leurs conclusions, à savoir que la capacité de travail de la recourante était nulle dans les activités exercées de service traiteur et de livraison de catalogues à domicile depuis le mois de décembre 2020, mais que dans une activité légère respectant les limitations fonctionnelles, elle était entière avec une baisse de rendement de maximum 20%. Il est au surplus précisé que, contrairement à ce que soutient la recourante, la symptomatologie vertigineuse a bien été prise en considération par le Dr J _____, de même que par les autres experts dans l'évaluation consensuelle, à l'issue de laquelle seul le diagnostic non incapacitant de sensation vertigineuse sans substrat anatomique (vertige fonctionnel) a été retenu (cf. rapport d'expertise du 23 mars 2023, pièce OAI 69, p. 214 ss). Sur le plan gastro-entérologique, la Cour constate que le Dr E _____, spécialiste en gastro-entérologie suivant l'intéressée, a posé, dans un rapport reçu par l'OAI le 19 octobre 2021, les diagnostics d'achalasia de type III ainsi que de sténose œsophagienne et estimé que la capacité de travail de sa patiente était inférieure à 50%, mais qu'elle pourrait augmenter à 80% moyennant un soutien nutritionnel et une bonne évolution de la dysphagie. Dans un courriel du 23 mai 2022, le Dr E _____ a

- 16 - observé une évolution très favorable de l'état clinique de l'assurée, avec un régime alimentaire normal et un poids stable, et retenu qu'il n'existait pas de limitations fonctionnelles en lien avec l'atteinte digestive, la dysphagie étant intermittente, et que la capacité de travail n'était pas réduite pour des raisons digestives. Aucun autre avis spécialisé en gastro-entérologie, en particulier aucun avis contraire à celui du Dr E _____, ne figure au dossier. Il découle de ce qui précède que non seulement la situation gastroentérologique n'était pas litigieuse, de sorte que l'OAI n'était pas tenue de mettre en œuvre une expertise dans ce domaine, mais surtout que les conclusions du Dr E _____ sont compatibles avec celles des experts, dont l'avis bénéficie d'une pleine valeur probante comme cela a été développé ci-dessus. S'agissant enfin des rapports du 23 mai 2023 du Dr O _____, du 30 mai 2023 de la physiothérapeute P _____ ainsi que du 15 septembre 2023 du Dr A _____, ils ne sont d'aucun secours la recourante. La Cour constate en effet que ces documents ne font que lister des diagnostics et plaintes de l'intéressée, dont la plupart ont été retenus par les experts, sans toutefois se déterminer sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 23 mars 2023 ni expliquer pour quelles raisons ils devraient prévaloir sur les conclusions motivées des experts. Partant, ces avis ne sauraient suffire à mettre en doute la valeur probante du rapport d'expertise du 23 mars 2023. Ainsi, dès lors que l'appréciation des Drs J _____, K _____, L _____ et M _____ repose sur une évaluation médicale complète et approfondie et que la recourante ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise ou suffisamment pertinents pour en mettre en doute les conclusions, dite appréciation ne saurait être remise en cause au motif que l'assurée a une opinion divergente de celle des experts. Dans ces circonstances, il appert que le rapport d'expertise du 23 mars 2023, de même que le rapport final SMR du 19 avril suivant confirmant les conclusions des experts, bénéficient d'une pleine valeur probante et que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimé de porter un jugement valable sur le présent cas, sans qu'il se justifie de donner suite aux moyens de preuve requis par la recourante sur le plan médical, à savoir la mise en œuvre d'une expertise gastro-entérologique ainsi que d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1).

E. 4.7.3

Mal fondé, ce grief est rejeté.

- 17 -

E. 5.1

Dans un deuxième grief, la recourante conteste le contenu du rapport d'enquête pour ménagères et mixtes du 18 juin 2021 et estime que ce dernier, réalisé deux ans avant le prononcé de la décision litigieuse, ne reflèterait pas sa situation au moment de dite décision.

E. 5.2

Chez les assurées qui n'exercent que partiellement une activité lucrative et se consacrent pour l'autre part à d'autres activités (travaux habituels) ou tâches ménagères, l'invalidité est fixée selon la méthode dite mixte d'évaluation (art. 28a al. 3 LAI). Il faut ainsi déterminer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels (ménage) par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus. On pourra alors arrêter l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. L'article 27bis alinéas 2 à 4 RAI prévoit que, pour les personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel et accomplissent par ailleurs des travaux habituels visés à l'article 7 alinéa 2 de la loi, le taux d'invalidité est déterminé par l'addition du taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative avec le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels (al. 2). 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 et que 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 (al. 3). Pour le calcul du taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels, on établit le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation si l'assuré n'était pas invalide. Ce pourcentage est pondéré au moyen de la différence entre le taux d'occupation visé à l'alinéa 3 lettre b et une activité lucrative exercée à plein temps (al. 4).

E. 5.3

Lorsqu'un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel dépose une demande de prestations, l'OAI procède en principe à une enquête sur place pour recueillir différentes informations et apporter des renseignements à l'assuré (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité - CIIAI, ch. 1058 ; Circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité - CPAI, ch. 3041). La personne chargée de l'enquête doit indiquer les activités que la personne assurée ne peut plus accomplir, ou alors uniquement de manière très limitée, et depuis quand cette limitation est intervenue. En outre, elle donnera des renseignements sur l'ampleur des limitations liées à l'invalidité

- 18 - et examinera si la personne doit éventuellement consacrer plus de temps que d'ordinaire à l'accomplissement de ces travaux. Elle doit également fournir des informations concernant l'aide apportée à la personne assurée par des tiers (par ex. parents, voisins, aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (OFAS, CIIAI, ch. 3090 ss). De manière analogue à la jurisprudence sur la force probante des certificats médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3a), divers facteurs doivent être pris en considération pour déterminer la valeur probante d'un rapport d'enquête sur place : il est essentiel que le rapport ait été établi par une personne qualifiée ayant une connaissance de la situation locale et des atteintes et

handicaps résultant des diagnostics médicaux. En outre, il s'agit de tenir compte des indications de l'assuré et d'inscrire dans le rapport les opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit être détaillé de manière plausible, fondée et adéquate en ce qui concerne les diverses limitations et doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleinement valeur de preuve. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens défini ci-dessus, le juge ne s'interpose pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport, sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (par exemple en raison de contradictions). Ce principe est dû notamment au fait que le professionnel ayant mené l'enquête est plus proche de la situation concrète des faits que ne l'est le tribunal compétent en cas de recours (VSI 2003 p. 218 consid. 2.3.2, ATF 128 V 93 consid. 4 et les références). Selon la jurisprudence, il ne s'impose de recourir à un médecin, afin qu'il s'exprime sur les différentes activités ménagères du point de vue de l'exigibilité, que dans les cas exceptionnels, en particulier en présence d'indications peu vraisemblables de la personne assurée, dont l'atteinte est d'ordre psychique, qui sont contredites par les constatations médicales. En principe, le rapport d'enquête ménagère constitue toutefois aussi une base ayant une pleine valeur probante lorsque l'atteinte de la personne assurée est d'ordre psychique (arrêts du Tribunal fédéral 9C_201/2011 du 5 septembre 2011 consid. 2 et I 246/05 du 30 octobre 2007 consid. 5.2.1).

E. 5.4

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage, une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins

- 19 - attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé. Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.2 et les références, ATF 130 V 97 consid. 3.3.3).

E. 5.5

En l'occurrence, il n'est pas contesté que, sans atteinte à la santé, la recourante consacrerait 80% de son temps à l'exercice d'une activité lucrative, tandis que le solde de 20% serait dédié à son activité ménagère. En revanche, l'assurée critique le taux d'invalidité ménagère de 26,81% retenu par l'intimé, ainsi que la réduction de 30% à titre d'obligation de réduire

le dommage appliquée à ce taux, motif pris que l'enquête ménagère, réalisée deux ans avant le prononcé de la décision litigieuse, ne tiendrait pas compte de l'ensemble de ses diagnostics et limitations fonctionnelles, et qu'aucune participation aux tâches ménagères ne devrait être requise des membres de sa famille, dans la mesure où son mari travaille à plein temps, où sa fille ne fait plus partie du ménage et où son fils est trop jeune. La recourante ne saurait être suivie dans son argumentation. En premier lieu, elle n'apporte aucune preuve susceptible de mettre en doute les constatations de l'enquêteur quant aux empêchements rencontrés dans l'exécution des tâches ménagères. En particulier, sur le plan médical, la Cour constate que – contrairement à ce que soutient la recourante – les diagnostics retenus par les experts, dont le rapport du 23 mars 2023 présente une pleine valeur probante comme cela a été exposé ci-dessus (cf. supra consid. 4.7), étaient connus lors de l'enquête ménagère, dont le rapport y relatif mentionne clairement la spondylarthropathie, la fibromyalgie ainsi que les vertiges chroniques. Il est ainsi erroné de prétendre que la situation prévalant lors de l'enquête ménagère ne serait pas représentative de celle au moment du prononcé de la décision litigieuse. Quant aux limitations fonctionnelles retenues par les experts et le SMR

- 20 - (position de travail alternée, port de charges limité à 5 kg, pas de travaux lourds, marche limitée, pas de mouvements en porte-à-faux du dos, pas de position statique immobile au-delà d'une heure), elles ressortent également du rapport d'enquête du 13 août 2021. A titre d'exemples, l'enquêteur a retenu des empêchements pour effectuer les grands nettoyages de la cuisine (four, réfrigérateur, congélateur, armoires de cuisine, lampes et autres appareils) ainsi que les nettoyages à fond du logement (fenêtres, rideaux, stores/volets, abat-jours, encadrements de porte, murs, armoires, balcon/terrasse, cheminée, fourneau), ce qui correspond à des travaux lourds, de même que des empêchements à porter des charges de plus de 5 kg, par exemple la corbeille de linge. S'agissant du repassage, qui peut impliquer une position statique au-delà d'une heure, l'enquêteur a noté que l'assurée pouvait le faire, mais par tranche. S'il est ainsi vrai que les limitations fonctionnelles présentées par l'intéressée l'empêchent d'effectuer certaines tâches ménagères, il est en revanche erroné de prétendre que l'enquêteur spécialisé n'en aurait pas tenu compte dans son rapport et qu'aucune tâche ménagère ne serait réalisable. Il est à cet égard rappelé que la personne qui s'occupe du ménage doit faire tout ce qui est raisonnablement exigible de sa part pour réduire son dommage, par exemple en répartissant mieux son travail ou en faisant des pauses (cf. supra consid. 5.4). Le rapport d'enquête ménagère a en outre été établi par un enquêteur qualifié qui s'est déplacé au domicile de l'assurée et s'est entretenu avec cette dernière. L'enquêteur a rapporté de manière précise les déclarations de l'assurée concernant les diverses rubriques du catalogue d'activités et a également indiqué de manière détaillée quelles étaient les personnes qui vivaient dans le ménage et dans quelle mesure une aide pouvait ou non être exigée d'elles. A cet égard, la recourante perd de vue que, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de ceux-ci si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé. Ainsi, il n'est pas arbitraire de retenir une aide importante de la part du mari, quand bien même celui-ci travaille à temps plein, ainsi qu'une aide moyenne de la part de la fille qui, s'il est vrai qu'elle est étudiante et ne vit plus à la maison durant la semaine, rentre le weekend au domicile familiale. Ce qui précède vaut d'autant plus que cela correspond à la réalité telle que vécue par la famille. En effet, l'intéressée a expliqué à l'enquêteur que son mari frottait la baignoire, s'occupait des travaux de jardinage et d'entretien des plantes, se chargeait de l'entretien de la maison et de

l'extérieur (ordre dans les locaux annexes, éliminations des déchets et du papier, balayage autour de la maison, service hivernal, chauffage), s'occupait des courses et des démarches officielles ainsi que de celles auprès de la poste et de la

- 21 - banque et qu'il transportait la corbeille de linge, tandis que ses enfants passaient l'aspirateur et la serpillère une fois par semaine et rangeaient leur linge dans les armoires. Au vu de la jurisprudence susmentionnée (cf. supra consid. 5.4), cette aide des membres de la famille vivant dans le foyer ne saurait être considérée comme démesurée ou arbitraire, étant précisé qu'aucune aide n'a été retenue de la part du fils de l'intéressée en raison de son jeune âge. Partant, la Cour de céans retient que le rapport d'enquête pour ménagères et mixtes du 13 août 2021 présente une pleine valeur probante et que l'incapacité ménagère de 26.81% qui y est constatée est correcte, de même que le taux de réduction de 30%, si bien que le taux d'invalidité à retenir pour la part ménagère est nul et qu'il n'y a pas lieu de diligenter une nouvelle enquête pour ménagères et mixtes.

E. 5.6

Mal fondé, ce grief doit également être rejeté.

E. 6

Dans un dernier grief, la recourante conteste le calcul du revenu d'invalidé effectué par l'intimé, motif pris que ce dernier aurait dû tenir compte d'un abattement de 25% sur le salaire statistique en raison des limitations fonctionnelles qu'elle présente, de son âge, de l'absence de rapport de travail depuis plus de cinq ans, de ses vertiges ainsi que de ses douleurs incessantes.

E. 6.1

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). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.3.1).

E. 6.1.1

Le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1, arrêt du Tribunal fédéral 8C_610/2017 du 3 avril 2018 consid. 3.3.1). On se fondera, sur ce point, sur les renseignements communiqués par l'employeur ou, à défaut, sur l'évolution des salaires nominaux (arrêt du Tribunal fédéral 9C_192/2014 du 23 septembre 2014 consid. 4.2).

- 22 -

E. 6.1.2

Le revenu avec invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de la personne assurée. Lorsque l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables,

qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, c'est le revenu effectivement réalisé qui doit être pris en compte pour fixer le revenu d'invalidé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque la personne assurée, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur les données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS ; ATF 135 V 297 consid. 5.2 et 129 V 472 consid. 4.2.1 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_171/2021 du 11 décembre 2021 consid. 3.3 et 4.3 et 9C_843/2015 du 7 avril 2016 consid. 5.2).

E. 6.2

L'assuré peut, selon sa situation personnelle, voir ses perspectives salariales être réduites par des facteurs tels que le handicap, les années de service, la nationalité, le titre de séjour ou le taux d'occupation. Une évaluation globale des effets de ces circonstances sur le revenu d'invalidé est nécessaire. La jurisprudence admet de procéder à une déduction de 25% au maximum pour en tenir compte (ATF 148 V 174 consid. 6.3 ; 129 V 472 consid. 4.2.3 ; 126 V 75). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation. Contrairement au pouvoir d'examen du Tribunal fédéral, celui de l'autorité judiciaire de première instance n'est pas limité dans ce contexte à la violation du droit (y compris l'excès ou l'abus du pouvoir d'appréciation), mais s'étend également à l'opportunité de la décision administrative. En ce qui concerne l'opportunité de la décision en cause, l'examen porte sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans un cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. A cet égard, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer sa propre appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 137 V 71 consid. 5.2 ; 126 V 75 consid. 6).

E. 6.3

En l'occurrence, il a été établi ci-dessus que, dès le mois de décembre 2020, la recourante disposait d'une capacité fonctionnelle de 80%, soit un taux équivalent à celui qu'elle aurait exercé en bonne santé, dans une activité adaptée (position de travail alternée, port de charges limité à 5 kg, pas de travaux lourds, marche limitée, pas de

- 23 - mouvements en porte-à-faux du dos, pas de position statique immobile au-delà d'une heure) correspondant aux activités habituelles de l'intéressée à l'exception du service traiteur et de la livraison de catalogue à domicile (cf. supra consid. 4.7). Dès lors que l'assurée ne présentait aucune invalidité dans la sphère professionnelle, c'est à juste titre que l'OAI n'a procédé à aucun calcul du revenu d'invalidé et, partant, n'a pas appliqué d'abattement sur le salaire statistique.

E. 7

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'invalidité de la recourante était nulle tant dans la sphère ménagère que dans la sphère professionnelle, si bien que son taux d'invalidité tenant compte de ces deux domaines d'activité était nul, soit un taux inférieur à 40%, respectivement à 20%, ne donnant droit ni à une rente d'invalidité ni à des mesures d'ordre professionnel. Entièrement mal fondé, le recours doit être rejeté et

la décision entreprise du 17 août 2023 confirmée.

E. 8

Les frais de justice, arrêtés à 500 fr. en fonction de la difficulté moyenne de la cause, sont mis à charge de la recourante et prélevés sur l'avance déjà versée (art. 69 al. 1bis LAI). Eu égard à l'issue de la cause, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). 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 4 août 2025

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