

S1 24 100

**ARRÊT DU 20 JANVIER 2026**

**Tribunal cantonal du Valais  
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Matthieu Sartoretti, juges ;  
Mireille Allegro, greffière

**en la cause**

**X \_\_\_\_\_**, recourante, représentée par Maître Jean-Michel Duc, avocat, à Lausanne

**contre**

**OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS**, intimé

(refus de prestations AI)

## Faits

**A.** A \_\_\_\_\_, né le xx.xx.xxxx et décédé le xx.xx.xxxx<sup>1</sup>, était titulaire d'un CFC de maçon. Selon son extrait de compte individuel, il a travaillé pour différentes entreprises de la région de février 1982 à mai 2009, tout en exerçant, en parallèle, l'activité de professeur de ski pour l'école de ski de B \_\_\_\_\_ (page 19). Dès 2010, il a uniquement conservé son emploi de moniteur de ski pour un salaire déclaré de 6000 fr. à 7000 fr. par an selon l'extrait de compte individuel.

**B.** Le 18 mai 2021, il a été victime d'une embolie pulmonaire et a séjourné à l'Hôpital de C \_\_\_\_\_ jusqu'au 25 mai 2021. La lettre de sortie du Service de médecine interne indique que le patient souffre d'une maladie thromboembolique veineuse récidivante idiopathique, avec thrombose veineuse profonde du membre inférieur gauche en 2014 et, actuellement, embolie pulmonaire centrale droite et segmentaire gauche et thrombose veineuse profonde fémoro-poplitée droite. Ce document mentionne également un emphysème centro-lobulaire et para-septal diffus, laissant suspecter une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sous-jacente. La poursuite d'une anticoagulation orale à vie était recommandée et le port d'une contention élastique du membre inférieur droit prescrit. Une incapacité de travail totale jusqu'au 4 juin 2021 a été attestée (page 61).

**C.** Son état de santé s'empirant, l'assuré a déposé une demande de prestations AI, le 27 août 2022 (page 3), et a invité l'Office cantonal AI du Valais (OAI) à contacter le Dr D \_\_\_\_\_ (protocole d'entretien initial du 5 septembre 2022 ; page 15).

Dans son rapport du 8 novembre 2022, reçu par l'OAI le 23 novembre suivant, le médecin traitant a indiqué suivre l'assuré depuis février 2015 à raison d'une ou deux consultations par année pour un syndrome thrombotique des membres inférieurs et depuis mai 2021 pour une embolie pulmonaire avec insuffisance respiratoire grave. Il a précisé qu'avec le traitement anticoagulant, il n'y aurait en principe pas de récurrence thrombotique et de l'embolie pulmonaire, mais a estimé qu'au vu de la BPCO sur tabagisme actif jusqu'en 2021, l'assuré ne pouvait plus objectivement exercer d'activité (pages 30 et 58). Il a remis son dossier qui faisait état notamment d'une gastroscopie en raison d'ulcères gastriques en 2000, d'une résection sigmoïdienne et antérieure basse du rectum en raison de diverticulite itérative en 2012 et de signes de thrombose veineuse du mollet gauche en octobre 2014. Etaient joints un rapport du 12 février 2015 du Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, relatif au contrôle

après phlébite survenue en automne 2014, qui prescrivait la poursuite de l'anticoagulation et le port de bas de contention (page 41).

Mandaté, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a souhaité obtenir plus d'informations sur les investigations pneumologiques et cardiologiques qui avaient été faites après l'hospitalisation (page 67).

Le 11 décembre 2023, l'assuré a informé l'OAI qu'il avait dû être hospitalisé durant huit jours en mai 2023 et avait effectué toute une série d'exams de contrôle. Il a également précisé que son suivi médical allait être repris par le Dr F \_\_\_\_\_ (page 74).

Selon la lettre de sortie du 16 mai 2023 du Service de médecine interne de l'Hôpital de C \_\_\_\_\_, l'assuré avait séjourné du 9 au 14 mai 2023 au Service des soins continus pour une hémorragie digestive haute sur oesophagite ulcérée de grade C selon Los Angeles. A l'admission, le CT-scan avait révélé un emphysème pulmonaire et l'auscultation avait mis en évidence un bronchospasme avec une saturation abaissée à 84 % à l'air ambiant, raison pour laquelle un bilan pneumologique était préconisé en ambulatoire. Après une gastroscopie et la mise en place d'un traitement par IPP *iv continu*, le patient avait pu reprendre l'anticoagulation habituelle par Xarelto 20 g/j et des IPP *per os* lui avaient été prescrits pour 6 semaines (page 75).

Mandaté, le SMR a relevé qu'il s'agissait d'un assuré âgé de bientôt 60 ans qui présentait depuis plusieurs années une maladie thromboembolique avec plusieurs épisodes de thromboses des membres inférieurs et d'embolie pulmonaire, que des répercussions au niveau cardiaque avaient été relevées avec une hypertension pulmonaire sévère qui justifiait la prescription d'un traitement anticoagulant au long cours avec les risques que cela comportait, qui s'étaient notamment matérialisés en mai 2023 sous la forme d'une hémorragie digestive massive. Le SMR a encore constaté que la documentation médicale à disposition faisait état d'une BPCO sur un ancien tabagisme qui, malgré ce qui avait été préconisé, n'avait jamais fait l'objet d'une appréciation médicale mais était traitée symptomatiquement, alors que plusieurs éléments faisaient suspecter une atteinte sévère, notamment des valeurs de saturation en oxygène mesurées inférieures à 90 %, ce qui en théorie pouvait justifier la prescription d'une oxygénothérapie. Il a estimé que le cumul de pathologies sévères aux niveaux respiratoire et cardiaque, avec en plus la survenance de complications hémorragiques potentiellement fatales, justifiait des limitations fonctionnelles significatives (pas d'efforts physiques, pas de travaux lourds, pas de port de charges, pas de travaux en hauteur à risque de chute, pas d'activité avec des outils dangereux, mauvais état général). Il a conclu qu'il y avait lieu

d'admettre que la capacité de travail de l'assuré était nulle dans toute activité depuis le 18 mai 2021 (page 85).

Une enquête pour ménagères et mixtes a été diligentée par l'OAI le 28 mars 2024 (page 86). A cette occasion, l'assuré s'est plaint d'être très rapidement essoufflé et a indiqué qu'il était prévu qu'il consulte prochainement un pneumologue (« je ne vais certainement pas échapper à l'oxygène... »). S'agissant de son parcours professionnel, il a expliqué à l'enquêteur qu'en 2012, il avait été hospitalisé durant trois mois et qu'ensuite, il avait uniquement maintenu son activité de moniteur de ski et de directeur de l'école de ski de B \_\_\_\_\_, pour environ 2500 fr. par an. Il a assuré qu'en bonne santé, et ceci depuis 2012, il aurait continué à dispenser des cours de ski, afin d'obtenir un salaire annuel de 6000 fr. à 7000 fr. couvrant ses frais de logement, et qu'il aurait vécu tranquillement jusqu'à l'obtention de sa rente AVS grâce à ses économies et aux produits de la location de deux appartements (un à C \_\_\_\_\_ lui rapportant 12'000 fr. par an et un autre à B \_\_\_\_\_ loué 4000 fr. par an). L'enquêteur a considéré que pour obtenir 6500 fr. par an, l'assuré aurait dû effectuer 130 heures de cours de ski à 50 fr. de l'heure, ce qui correspondait à un taux d'activité lucrative de 7 %, comparativement à un temps plein annuel de 1974 heures. Concernant le solde de 93 % à disposition pour l'exécution des tâches ménagères, l'enquêteur a noté que l'assuré vivait seul, mais qu'il était ponctuellement aidé par sa nièce et sa sœur pour certaines tâches, comme la lessive. Il a calculé les empêchements à hauteur de 27.58 %.

Par projet de décision du 2 avril 2024 (page 93), l'OAI a informé l'assuré qu'il entendait lui refuser toutes prestations AI (mesures d'ordre professionnel et rente d'invalidité). Il a relevé qu'en raison de ses ennuis de santé, l'assuré présentait une incapacité totale de travail justifiée médicalement depuis le 18 mai 2021 et qu'au terme du délai d'attente prévu par l'article 28 alinéa 1 LAI, le 18 mai 2022, il présentait une incapacité de gain de 100 % dans l'activité lucrative représentant un taux de 7 % et une incapacité de 27.68 % dans les activités ménagères représentant 93 %, soit un taux d'invalidité global de 32.65 % n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Il a ajouté qu'étant donné l'incapacité totale de travail, la mise en place de mesures d'ordre professionnel n'avait pas lieu d'être.

En l'absence de toutes remarques de l'assuré, l'OAI a rendu sa décision le 17 mai 2024 (page 104).

**D.** Représenté par M<sup>e</sup> Jean-Michel Duc, l'assuré a recouru céans contre ce prononcé le 14 juin 2024. Il a argué être atteint dans sa santé depuis 2008 et que la situation s'était

dégradée depuis 2012. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'admission du recours et au renvoi de la cause à l'OAI pour octroi d'une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2023 compte tenu du délai d'attente de 6 mois de l'article 29 alinéa 1 LAI. Il a prétendu que sans ses problèmes de santé, il aurait travaillé à 100 % dans le domaine de la construction et non à 7 % comme retenu par l'OAI.

Répondant le 30 juillet 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision. Il a relevé que les problèmes de santé de l'assuré justifiaient une incapacité de travail de longue durée depuis le 18 mai 2021 et non depuis 2012 déjà comme semblait soutenir le recourant. Il a rappelé que le taux d'activité lucrative auquel travaillerait l'assuré se déduisait d'indices et des déclarations de celui-ci lors de l'enquête à domicile. Or, il a remarqué que l'assuré avait arrêté de travailler en 2012 pour se consacrer à son activité de moniteur de ski, alors que l'incapacité de travail de longue durée n'avait débuté qu'en 2021, ce qui rendait hautement vraisemblable le fait qu'il aurait continué à exercer l'activité de professeur de ski en l'absence d'atteinte.

Dans sa réplique du 9 septembre 2024, le recourant a rappelé qu'il avait été mis en incapacité de travail depuis le 18 mai 2021 en raison d'une embolie pulmonaire et d'une thrombose veineuse profonde droite. Or, il souffrait déjà de thrombose veineuse en 2014, de sorte que l'OAI aurait dû retenir une incapacité de travail depuis 2012 ou du moins depuis 2014, respectivement instruire davantage ce point. Il a expliqué que c'était en raison de la thrombose veineuse qu'il avait arrêté son activité dans la construction en 2012 et que sans cette atteinte, il aurait continué à travailler à 100 %.

Prenant position le 17 septembre 2024, l'OAI a souligné que le fait de retenir le diagnostic incapacitant de thrombose ne suffisait pas à faire remonter l'incapacité de travail de longue durée à l'année 2012. Il a ajouté que les seuls troubles thrombotiques dont souffrait l'assuré depuis 2014 ne pouvaient justifier à eux seuls une incapacité de travail de longue durée depuis 2012. C'était, en effet, le cumul des pathologies respiratoire et cardiaque qui justifiait une incapacité de travail totale de longue durée, comme l'avait expliqué le SMR dans son rapport final.

Dans une dernière détermination du 21 octobre 2024, le recourant a maintenu que sans ses problèmes de santé, il aurait continué à travailler à 100 % dans le domaine de la construction et qu'il était erroné et arbitraire de retenir qu'il aurait travaillé uniquement comme moniteur de ski à un taux de 7 %.

L'échange d'écritures a été clos le 24 octobre 2024.

Par courrier du 8 janvier 2025, le mandataire de l'assuré a informé la Cour du décès de ce dernier. Le 12 mars 2025, il a confirmé que les membres de l'hoirie entendaient poursuivre la procédure.

Interpellée par la Cour, l'hoirie a renoncé formellement à la requête d'audience publique, par courrier du 4 septembre 2025.

### **Considérant en droit**

#### **1.**

**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 14 juin 2024, le présent recours à l'encontre de la décision du 17 mai 2024 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant l'instance compétente (art. 56 et 57 LPGA et art. 69 al. 1 let. a LAI ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

**1.2** L'article 59 LPGA prévoit que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir.

Un droit à une rente ayant pris naissance du vivant de l'ayant droit est acquis à son décès par ses héritiers, conformément à l'article 560 alinéa 2 CC. Pour autant qu'ils remplissent les conditions de légitimation de l'article 59 LPGA, ont qualité pour recourir relativement aux intérêts patrimoniaux de la succession non seulement les héritiers ensemble et en commun au sens de l'article 602 alinéa 2 CC, mais également les membres individuels de la communauté héréditaire (BOLLINGER, in : Basler Kommentar, Allgemeiner Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG], 2020, § 21 ad art. 59, p. 798). Un arriéré de prestations d'assurance, pour une période antérieure au décès de l'assuré, tombe dans la masse successorale, y compris une éventuelle rente complémentaire pour conjoint ou une rente pour enfant. Chaque héritier a qualité pour recourir contre une décision relative à ces prestations. Les membres de la communauté héréditaire ne forment pas des consorts nécessaires (MÉTRAL, Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, 2025, n. 29 ad art. 59 LPGA).

Conformément à l'article 31 alinéa 1 CC, la personnalité finit avec la mort. Au jour du décès, les héritiers acquièrent de plein droit l'universalité de la succession (art. 560 CC). Le droit à une rente de l'assurance-invalidité n'est pas un droit strictement personnel, de sorte qu'il entre dans la succession, dans la mesure où il existe (soit est encore en suspens) au moment du décès. Lorsque les héritiers ont accepté leur qualité d'héritier (art. 566 CC), ils ont, en vertu du principe de la saisine prévu par l'article 560 alinéa 1 CC, acquis de plein droit l'universalité de la succession et sont devenus pleinement titulaires des droits et obligations du défunt, y compris de la prétention à la rente d'invalidité, ainsi que des expectatives de droit (art. 560 al. 2 CC ; ATF 141 V 170 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_707/2020 du 11 mai 2021 consid. 2.2 et les références).

Au vu de ce qui précède, les héritiers de feu A \_\_\_\_\_ ont qualité pour recourir, selon l'article 59 LPGA.

**2.** Le litige porte sur le droit de feu l'assuré à une rente d'invalidité à la suite de sa demande tardive du 30 août 2022. Le droit à des mesures d'ordre professionnel échappe naturellement à un transfert à l'hoirie, en tant qu'il s'agit d'un droit personnel du défunt (ATAS/217/2004 du 8 avril 2004 consid. 4). Ce point de la décision devient sans objet, étant précisé que le recourant n'avait pas pris de conclusion spécifique à cet égard.

**3.** La recourante conteste, d'une part, le début de l'incapacité de travail de longue durée de feu A \_\_\_\_\_, qu'elle fixe à l'année 2012 (consid. 3.1 ci-dessous), et, d'autre part, son statut de personne mixte, déclarant qu'il aurait continué d'exercer une activité lucrative dans la construction à 100 % sans l'atteinte à la santé (consid. 3.2 ci-dessous).

### **3.1**

**3.1.1** L'assuré a droit à une rente s'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable et, qu'au terme de cette année, il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI).

Selon l'article 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

L'incapacité de travail s'apprécie en principe sur la base de données médicales et en fonction de la profession exercée jusqu'alors par l'assuré (art. 6 1<sup>ère</sup> phr. LPGA ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3<sup>e</sup> éd. 2016, p. 973, n. 212). Pour évaluer la capacité de travail d'un assuré, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4, 125 V 261 consid. 4).

Selon l'article 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_414/2014 du 31 juillet 2014 consid. 3.1.3, 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1, 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.1).

**3.1.2** En l'occurrence, force est de constater qu'aucune incapacité de travail, qu'elle soit de courte ou de longue durée, n'a été attestée par un médecin avant le 18 mai 2021. La

recourante n'a jamais fourni de documents allant dans ce sens, ni même de rapport médical permettant de rendre hautement vraisemblable une incapacité de travail depuis l'année 2012.

S'agissant des antécédents médicaux de l'assuré, la lettre de sortie de l'Hôpital de C \_\_\_\_\_ du 21 mai 2021 cite, comme plus ancien problème de santé, une thrombose veineuse du membre inférieur gauche survenue en 2014. Pour sa part, dans son dossier (page 34), le Dr D \_\_\_\_\_ a fait état d'une gastroscopie pour ulcères gastriques en 2000, qui ne justifie pas une incapacité de travail de longue durée. Il a ensuite mentionné une résection sigmoïdienne et antérieure basse du rectum en 2012 dans un contexte de diverticulite itérative. Il n'a retenu aucune incapacité de travail en lien avec cette intervention. Quoi qu'il en soit, celle-ci n'aurait été que de courte durée vu la nature de la pathologie et de son traitement. Enfin, il a signalé des signes cliniques de thrombose veineuse au mollet gauche en octobre 2014, ce qui correspond aux indications de l'Hôpital de C \_\_\_\_\_ et du Dr E \_\_\_\_\_.

Aucun de ces éléments ne permet de reconnaître, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, une incapacité de travail totale de longue durée depuis 2012. Comme l'a expliqué le SMR dans son rapport final du 29 janvier 2024 (page 82), c'est le cumul de pathologies sévères au niveau respiratoire et cardiaque survenues depuis mai 2021, avec en plus l'apparition de complications hémorragiques potentiellement fatales en 2023, qui justifiaient des limitations fonctionnelles significatives et une incapacité totale de travail dans toute activité.

C'est dès lors à juste titre que l'intimé a fixé le début de l'incapacité de travail de longue durée au 18 mai 2021 et a examiné quelle aurait été la situation de l'assuré au terme du délai d'attente d'une année, le 18 mai 2022, s'il n'avait pas été atteint dans sa santé et sa capacité de travail.

## **3.2**

**3.2.1** L'évaluation de l'invalidité peut être effectuée selon trois méthodes, entre lesquelles il y a lieu d'opter lors du premier examen du droit d'un assuré à des prestations, de même que lors d'une révision de celui-ci : la méthode générale de la comparaison des revenus pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4), la méthode spécifique pour un assuré sans activité lucrative (art. 28a al. 2 LAI ; ATF 130 V 97 consid. 3.3.1) et la méthode mixte pour un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (art. 28a al. 3 LAI ; ATF 137 V 334, 130 V 393 et 125 V 146).

Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'article 8 alinéa 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation, ainsi que ses affinités et talents personnels. Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui, en tant que fait interne, ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_64/2012 du 11 juillet 2012 consid. 5.2 *in fine* et la référence citée).

Chez les assurés 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.

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 les rentes dans l'assurance-invalidité – CIRAI, valable à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022, ch. 3600 ss). 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 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 (p. ex. parents, voisins, aides extérieures) dans l'accomplissement de ses activités (CIRAI, ch. 3614). 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 (p. ex. en raison de contradictions, erreurs manifestes ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_406/2008 du 22 juillet 2008 consid. 4.2 et 9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1 ; ATF 128 V 93). 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).

En ce qui concerne l'évaluation du revenu sans invalidité, est déterminant le salaire que la personne assurée aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, effectivement gagné en tant que valide au début du droit à la rente au plus tôt. Ce revenu doit être déterminé aussi concrètement que possible. C'est en principe le dernier revenu touché, au besoin adapté au renchérissement et à l'évolution réelle des salaires, qui doit être retenu car c'est un fait d'expérience que, sans atteinte à la santé, l'activité antérieure aurait été poursuivie. Les exceptions à ce principe sont à établir au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2, 134 V 322 consid. 4.1 et 129 V 222 consid. 4.3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_413/2017 du 19 septembre 2017 consid. 3.2.1 et les références).

**3.2.2** En l'espèce, le recourant conteste l'application de la méthode mixte pour déterminer son taux d'invalidité et allègue qu'en réalité, sans ses problèmes de santé, il aurait travaillé à plein temps dans le domaine de la construction.

A la lecture du dossier, force est de constater que l'argumentation de la recourante ne peut pas être suivie. En effet, il ressort du compte individuel que déjà en 2010, l'assuré avait cessé de travailler dans le domaine de la construction pour se contenter de son emploi de moniteur de ski. Depuis lors et jusqu'aux premiers problèmes thrombotiques

attestés au dossier en 2014, il n'a à aucun moment cherché à retrouver un emploi à temps plein. La recourante ne prétend, en outre, pas que l'enquêteur aurait mal interprété ses propos, voire menti. A cet égard, il est rappelé qu'il faut - selon la jurisprudence - accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, données alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (voir ATF 142 V 590 consid. 5.2, 121 V 45 consid. 2a ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_664/2018 du 26 novembre 2018 consid. 6 ; 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). En application de cette règle de preuve, l'hypothèse de la poursuite de l'activité de moniteur de ski à 7 % exercée par choix personnel, indépendamment de l'état de santé, doit ainsi être retenue. Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'OAI a appliqué la méthode mixte.

**3.3** En l'absence de critiques concernant le taux d'empêchements au ménage, lequel s'avère pleinement justifié après vérification, il sied de confirmer le taux d'invalidité global de 32.65 %.

**4.** Mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée.

**5.**

**5.1** Les frais, par 500 fr., sont mis à la charge de la recourante qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) et compensés avec l'avance effectuée.

**5.2** La recourante n'ayant pas eu gain de cause, aucun dépens ne lui est alloué (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), ni d'ailleurs à l'OAI (art. 91 al. 3 LPJA).

Par ces motifs,

### **Prononce**

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais, par 500 francs, sont mis à la charge de l'hoirie de feu A \_\_\_\_\_.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 20 janvier 2026